СРЕДНЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ С КУРСОМ НАРКОЛОГИИ

Под редакцией профессора В. Д. МЕНДЕЛЕВИЧА

Допущено
Министерством образования Российской Федерации
в качестве учебника для студентов образовательных учреждений
среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям
0401 «Лечебное дело», 0402 «Акушерское дело», 0406 «Сестринское дело»

Допущено
Государственным образовательным учреждением
Всероссийским учебно-научно-методическим Центром
по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию
в качестве учебника для студентов медицинских училищ
и колледжей России

2-е издание, стереотипное

Москва



2005

УДК 616.89(075.23)
ББК 56.14я723
П863

Рецензенты:
зав. кафедрой психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии Московского государственного медико-стоматологического университета, д-р мед. наук, профессор *Б.Д. Цыганков*;
преподаватель нервных и психических болезней Московского медицинского училища № 22 *Т.Э. Макурина*;
зам. директора по УМР Московского медицинского училища № 22 *А.В. Швецова*

Психические болезни с курсом наркологии: Учебник для студ.
П863 сред. проф. учеб. заведений / В.Д. Менделевич, С.Я. Казанцев, Е.Г. Менделевич, В.А. Евплов; Под ред. В.Д. Менделевича. — 2-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 240 с.
ISBN 5-7695-2557-6

Отражены основные разделы психиатрии и наркологии. Подробно описана психиатрическая пропедевтика, позволяющая медицинской сестре распознавать психическое состояние у пациента и точно его диагностировать. Рассмотрены частные вопросы психиатрии и наркологии, описаны отдельные заболевания (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, органические, невротические, соматоформные и личностные расстройства, алкоголизм, наркомания и токсикомания). Подробно изложены основные принципы терапии, профилактики психических и наркологических заболеваний.

УДК 616.89(075.23)
ББК 56.14я723

ISBN 5-7695-2557-6

ПРЕДИСЛОВИЕ

В современной медицине происходит глобальный переход от нозоцентрического к личностноцентрическому взгляду на этиопатогенез заболеваний, их профилактику, терапию и реабилитацию. Вследствие этого знания в области психических и поведенческих расстройств и заболеваний становятся крайне важными для медика, так как многие соматические заболевания сопровождаются у больных психопатологическими и поведенческими отклонениями.

Роль медицинской сестры в сфере оказания психиатрической и наркологической помощи трудно переоценить. Это связано с тем, что в условиях психиатрического стационара пациент бóльшую часть времени проводит не с врачом, а с медицинской сестрой. Именно средний медицинский персонал становится для психически больного тем окружением, которое на долгие месяцы помимо лечебных функций начинает выполнять и функции семьи, в первую очередь функцию эмоциональной поддержки.

Выпускник среднего медицинского учебного заведения по специальности 0406 «Сестринское дело», имеющий квалификацию «Медицинская сестра» в области сестринского дела в психиатрии и наркологии, должен: знать систему организации психиатрической и наркологической помощи; знать медицинские, этические и юридические аспекты оказания психиатрической и наркологической помощи; знать причины, клинические проявления, принципы лечения психических и наркологических заболеваний; уметь осуществлять и документировать отдельные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами, страдающими психическими и наркологическими заболеваниями; уметь оказать доврачебную помощь при неотложных состояниях.

Учитывая вышеперечисленные требования, в учебник включены разделы, соответствующие Государственному образовательному стандарту среднего медицинского образования. Особый упор сделан на психиатрической пропедевтике, позволяющей медицинской сестре стать квалифицированным феноменологическим диагностом, способным точно и своевременно распознавать психическую патологию и рискованное или опасное поведение душевнобольных, предотвращать возможные неадекватные их действия.

Девизом деятельности медицинской сестры может стать правило: «Не существует терапии без диагностики».

Квалифицированность медицинской сестры определяется на основании ее диагностических и терапевтических знаний и умений. Сестринские вмешательства в отличие от врачебных центрируются на выявляемых психопатологических симптомах и синдромах, а не на нозологической принадлежности определяемой патологии. Именно поэтому в учебнике значительное внимание уделено методам феноменологического распознавания патологии.

Раздел I
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

Глава 1
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Организация психиатрической и наркологической помощи населению исходит из специфики данных научных дисциплин и особенностей протекания основных заболеваний. К ним относится: во-первых, параметры хроничности и длительности протекания болезней, высокий уровень инвалидизации и, во-вторых, потенциальная или реальная опасность пациентов для себя или окружающих.

В связи с перечисленными особенностями организация психиатрической и наркологической помощи населению строится на принципах динамического наблюдения за больными и подразумевает наличие закрытых лечебных учреждений, в которых терапия сочетается с временной и вынужденной изоляцией больного.

На психиатрическую и наркологическую службы возлагаются следующие функции:

оказание неотложной психиатрической и наркологической помощи;

осуществление консультативно-диагностической, психопрофилактической, социально-психологической и реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях;

проведение всех видов психиатрической и наркологической экспертизы, в том числе определение временной нетрудоспособности;

оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

участие в решении вопросов опеки указанных лиц;

проведение консультаций по правовым вопросам;

осуществление социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;

оказание психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

Реализация перечисленных функций базируется на принципах:
соответствия (адекватности);
целесообразности;
допустимости;
гуманности;
независимости;
преемственности;
научной обоснованности.

Принцип соответствия (*адекватности*) подразумевает выбор специалистом методов оказания психиатрической или наркологической помощи в соответствии с механизмами возникновения патологии и диагнозом основного заболевания. Оказание помощи должно основываться на факте соответствия с учетом иной патологии (заболеваний) у пациента. К примеру, поведенческие расстройства не всегда должны становиться предметом деятельности психиатрической и наркологической служб. Нередко адекватной и обоснованной может являться помощь правоохранительных органов. То же касается и состояний опьянения, во время которых возможно как проявление психической патологии, так и банальные хулиганские действия. Вследствие этого специалист при оценке необходимости применения мер медицинского характера должен ориентироваться на принцип соответствия (адекватности).

Принцип целесообразности рассматривает необходимость и обоснованность исправления поведенческих девиаций (расстройств) в условиях психиатрических учреждений. Считается, что психиатрическая помощь в исправлении, например, расстройств привычек и влечений, может и не быть необходимой (так же как и терапия алкоголизма в случае донозологических признаков, т.е. так называемых бытовых форм пьянства).

Принципы допустимости и гуманности базируются на представлении о необходимости применения в процессе оказания психиатрической и наркологической помощи лишь тех методик, которые способствуют личностному росту человека, этически и эстетически обоснованы и не могут вызвать сами психических расстройств.

Недопустимым следует признать применение манипулятивных методик, которые используются без ведома больного или без осознания им сути терапевтического процесса. Кроме того, недопустимым можно считать формирование в процессе терапии нового мифологического, т.е. ненаучного иррационального и искажающего действительность мышления индивида (к таким методикам можно, к примеру, отнести различные виды «кодирования», базирующиеся на прямом или косвенном внушении клиенту-пациенту ложных умозаключений и убеждений, экстрасенсорные или парапсихологические методики). Принцип гуманности базируется на признании за больным человеком прав на свободу выбора и

уважение. Этот принцип (в соответствии с роджеровским подходом) проявляется в признании медицинским работником пациента как ценной и уникальной личности, принятии его проблем, сопереживании, эмпатии, искренности и позитивном непредвзятом взгляде на пациента во время взаимодействия с ним.

Принцип независимости указывает на важную сторону психиатрической и наркологической деятельности, отражающую возможность давления на медиков со стороны общества, государства, близкого окружения больного. Особенно важной является независимость при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Однако не менее важным является также независимость от давления родственников больного (в особенности в детской и геронтологической клиниках), которое может осуществляться с целью безосновательной изоляции пациента.

Принцип преемственности является основополагающим принципом построения всей системы организации психиатрической и наркологической помощи. Он исходит из положения о том, что, как правило, психические и наркологические заболевания протекают хронически и требуют динамического диспансерного наблюдения. Суть принципа заключена в том, чтобы обеспечивать пациенту медицинское сопровождение в течение всего срока его болезни. Преемственность подразумевает осуществление связи между стационарным и амбулаторным этапами оказания помощи больному, между терапией и реабилитацией.

Принцип научной обоснованности диктуется необходимостью широкой распространенности мистического и мифологического мировоззрения. Медицинский работник как в процессе диагностики, так и в процессе терапии обязан избегать применения научно необоснованных методик.

Основной структурной единицей организации психиатрической и наркологической помощи является психоневрологический или наркологический диспансеры. Их строят по территориальному принципу, что обеспечивает доступность и квалифицированность помощи. В диспансерах ведется учет всех обратившихся больных обслуживаемой территории, динамическое наблюдение и амбулаторное лечение. Находящиеся на учете психоневрологического диспансера больные распределяются на группы в зависимости от степени их нуждаемости в активном наблюдении, лечебной и социальной помощи.

В штате психоневрологических диспансеров помимо психиатров, психотерапевтов, наркологов работают также юристы, оказывающие больным социально-правовую помощь. При большинстве диспансеров имеются специальные лечебно-трудовые мастерские, где работают инвалидизированные психически больные, получая одновременно необходимое наблюдение, лечение и помощь.

В структуре психоневрологических диспансеров предусмотрены *полустационарные подразделения*: дневные стационары, в которых больные находятся лишь днем; ночные санатории, куда направляются больные, способные днем осуществлять свои профессиональные обязанности.

Преимуществом дневных стационаров является отсутствие изоляции больных.

В случаях, когда больные в силу выраженности и особенностей течения психического или наркологического заболевания не способны получать эффективную амбулаторную или полустационарную помощь, они направляются в психиатрический или наркологический *стационар*. В системе оказания психиатрической помощи стационары существуют как в психиатрических больницах, так и в структуре психоневрологических больниц и диспансеров. Как правило, в стационарные отделения направляются больные с психотическим уровнем психических расстройств, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении и терапии.

Структура психиатрических больниц подразумевает наличие приемного покоя, специальных отделений для больных с непсихотическими психическими расстройствами (отделения неврозов или психосоматических заболеваний), для больных, находящихся в остром состоянии, для больных с затяжным течением психозов, для больных с выраженными соматическими заболеваниями, детские отделения, геронтологические отделения, отделения для выздоравливающих (санаторные), судебно-психиатрические отделения. Традиционно отделения делятся по гендерному (половому) принципу. В современных психиатрических больницах помимо отделений для больных имеются такие подразделения, как лабораторное, физиотерапевтическое, рентгеновское, трудотерапевтическое.

Для оказания оперативной психиатрической помощи в крупных городах в системе скорой помощи имеются специализированные бригады, в обязанности которых входит диагностика психического состояния пациента, оказание экстренной помощи и госпитализация в психиатрические больницы по показаниям.

Помимо оказания психиатрической помощи в психиатрических больницах общего типа предусмотрено оказание *специализированной принудительной помощи психически больным*, совершившим правонарушения (преступления) и признанным судом невменяемыми. В условиях психиатрических больниц с интенсивным наблюдением оказываются все современные виды помощи.

Особенно активно в последние годы развивается организация *психотерапевтической помощи населению*. В структуре психоневрологических диспансеров и больниц имеются психотерапевтические отделения, оказывающие амбулаторную или полустационарную помощь больным. Основной упор при этом делается на использо-

вание методов психологического воздействия (психотерапию, психологическое консультирование, психокоррекцию), а не на психофармакотерапию.

Новым и активно развивающимся видом организации наркологической помощи считается создание в структуре наркологических диспансеров или вне их реабилитационных отделений и центров. Это связано как с широкой распространенностью наркомании, так и со спецификой лечения пациентов. Особенностями лечения являются: упор на медико-психосоциальную реабилитацию больных, необходимость сочетания медицинской (наркологической, психиатрической) с психологической помощью.

Контрольные вопросы

1. Какие функции возлагаются на психиатрическую и наркологическую службы?
2. Назовите основные принципы оказания психиатрической помощи.
3. Что является основной структурной единицей организации психиатрической и наркологической помощи?
4. В чем специфика оказания психиатрической помощи в условиях дневного стационара?
5. Какие отделения входят в структуру психиатрической больницы?
6. По отношению к кому применяется принудительное психиатрическое лечение?
7. Что включает в себя реализация принципа допустимости в психиатрии?

Глава 2

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

2.1. Этико-деонтологические аспекты в психиатрии и наркологии

Квалификация медицинского работника, особенно оказывающего психиатрическую и наркологическую помощь, включает в себя как минимум два необходимых качества: во-первых, высокий уровень знаний и навыков; во-вторых, использование в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства медик принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению *медицинская этика и деонтология* — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, суду чести. Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали. Учитывая тот факт, что психическая болезнь имеет непосредственное отношение к нарушению общественных норм, а действия медицинских работников в области психиатрии и наркологии носят характер социально значимых, этические аспекты психиатрической науки и практики можно назвать одними из наиболее актуальных в медицине.

Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в последнее время часто подвергаются критическому анализу. Социальные изменения, происходящие в стране, способствуют тому, что многие постулаты Гиппократа входят в противоречие с сегодняшними понятиями о добре и зле, благе и вреде и т.д.

В целом можно говорить, что в связи с психиатрией и наркологией этическая проблема звучит так: «Что из врачебных воздействий на пациента следует считать добром для него, а что — злом?» Ответ на этот вопрос будет зависеть от того, в какой системе координат находится психиатрия и наркология. В рамках ортодоксальной парадигмы этические приоритеты расставлены с одной направленностью, в рамках антипсихиатрической парадигмы — с другой, а в рамках феноменологической психиатрии — отлично от первых двух.

Ортодоксальная психиатрия и наркология в формировании этических требований исходит из представления о приоритете государства над личностью, *феноменологическая психиатрия* придерживается прямо противоположной точки зрения. Вследствие этого один и тот же поступок может оцениваться и как безнравственный, и как высоконравственный. Например, долгие годы доминирования в отечественной медицине ортодоксальной психиатрии обусловливали оценку морально высоких категорий поведению врача при изоляции пациентов-диссидентов от общества за «антиобщественную деятельность». Этическое обоснование строилось на выборе «добродетели» для него (и за него). Психиатр был убежден, что морально оправданно помещение такого пациента за стены психиатрической больницы, а не за тюремную решетку. Но, заметим, пациента о добродетельной стороне того или иного действия врача никто не спрашивал. Подразумевалось, что это очевидно, и что пациент должен быть благодарен врачу за подоб-

ные действия. В других случаях при доминировании ортодоксальной психиатрии врач считает нравственным поступком гипердиагностику (в качестве перестраховки). К примеру, если человек высказывает суицидальные мысли, то добром для него же самого будет нахождение (пусть временное) в стенах психиатрической лечебницы, а злом — остаться наедине с собственными мыслями и риск суицидального поведения.

В современной отечественной наркологии обсуждается вопрос о необходимости и целесообразности принудительной терапии больных наркоманией и алкоголизмом в стенах лечебно-профилактических учреждений, так называемых лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП). Обоснование необходимости внедрения ЛТП, предлагаемое сторонниками, базируется на представлении о том, что врач-психиатр (нарколог) не может оставаться в стороне от проблем семьи наркозависимого пациента. Считается, что ЛТП способны обеспечивать больного необходимым лечением и полноценным питанием, а также позволяют на несколько лет физически изолировать больного наркоманией и алкоголизмом от возможности потребления наркотиков и алкоголя, а семью и общество — от наркомана. Как видно из приведенной точки зрения, упор в обосновании необходимости ЛТП делается на том бесспорном факте, что больной наркоманией своим поведением оказывает разрушающее действие на членов собственной семьи. Контраргументом приведенной точки зрения служит позиция о том, что медицинский работник своей профессиональной деятельностью в первую очередь должен оказывать помощь не государству, не обществу, а пациенту. Несомненно, его гражданская позиция важна, но она не может быть инверсной, когда права и здоровье окружающих перекрывают нацеленность на охрану здоровья и благополучия больного.

Феноменологическая психиатрия собственные этические приоритеты расставляет, исходя из представления о доминировании прав личности над правами государства, общества.

В области психиатрии и наркологии наиболее спорными в отношении нравственной оценки и потому актуальными остаются такие процессы и процедуры, как конфиденциальность, эвтаназия, патернализм, компетентность, оказание помощи шоковыми методами терапии, экстрасенсорика и некоторые другие.

Конфиденциальность

Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашение врачебной тайны — интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области психиатрической этики. Ведь конфи-

денциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, к психиатрам и наркологам пациенты добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Проблема заключается также и в том, что психически больной в связи со своим заболеванием может представлять общественную опасность и пытаться совершить преступление против близких родственников, знакомых, врачей или общества в целом, а врач или медсестра психиатрического учреждения могут быть ограничены рамками врачебной тайны для того, чтобы предотвратить преступление. Раньше подобная проблема решалась в пользу общества и «душевно здорового большинства», т.е. добродетелью считалась однозначная помощь обществу в ущерб личности.

В учебниках, по которым продолжают учиться будущие медики, написано, что в условиях государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы вред общему делу. При этом общественные интересы незаслуженно расширяются.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности — случаи непосредственной опасности больного для окружающих, связанной с психопатологическими расстройствами. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания. Что признать этически оправданным — сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа, или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива — в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью вследствие реакции жены на диагноз или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь? Медик решает эту задачу в настоящее время индивидуально, но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к психиатру обращаются родители, усыновившие ребенка и через пять лет после усыновления отмечающие у него психические отклонения. Что считать этически правильным поступком — сообщить им о наличии, к

примеру, врожденного и терапевтически резистентного умственного дефекта у ребенка и тем самым невольно подтолкнуть к возврату ребенка в детский дом или же занять позицию защиты ребенка и умолчать об истинном диагнозе заболевания?

Не менее психологически и этически сложными оказываются случаи, при которых сам пациент требует дать ему полную информацию о его психической болезни. Этически оправданным можно считать информирование пациента, но только в такой форме, которая не приведет к ухудшению его психического состояния или суициду.

Одной из наиболее острых, дискуссионных и общественно значимых сторон конфиденциальности при психических заболеваниях являются ситуации, когда психически больным является лицо, занимающееся политикой и занимающее важный государственный пост. Вопрос стоит так: «Ввести ли в законодательство необходимость психического освидетельствования государственных деятелей или оставить решение этого вопроса на этическом уровне?» Поскольку данный вопрос актуален и видимо будет актуален многие годы, позволим себе проанализировать сложившуюся ситуацию.

В научных кругах обсуждение этого вопроса переместилось из сферы гуманистики и этики в плоскость целесообразности. «Допустим, депутат или лицо, претендующее на высокий государственный пост, болен шизофренией или психопатией, разве правильным было бы скрывать этот факт от его избирателей?» — спрашивают многие, требуя отменить принцип конфиденциальности в виде исключения для политических деятелей. В связи с этим возникает масса вопросов.

Во-первых, допустим, что принцип исключения из правил будет принят, кого следует включать в список лиц, диагноз болезни которых врач обязан сообщать?

Во-вторых, что будет обязан сообщать врач (или комиссия экспертов) о своих пациентах — только диагноз болезни или еще аргументы для его доказательства?

В-третьих, что следует из того заключения, что важная государственная персона страдает «психоорганическим синдромом травматического генеза»? Дает ли это основание какому-либо государственному органу лишить его своего поста? Или следует провести на основании врачебного заключения слушания в Государственной Думе: годен или негоден в связи с психопатией (личностным расстройством) имярек занимать свой высокий пост? Но ведь диагноз, к примеру, психопатии (личностного расстройства) не позволяет сам по себе ограничивать человека в гражданских правах.

Приведенные размышления о возможности разглашения врачебной тайны *в виде исключения* для политических деятелей убеж-

дают, что законодательный подход к этому вопросу бесперспективен и нецелесообразен. Этот вопрос останется в сфере этики и деонтологии.

Эвтаназия

Проблема эвтаназии, или добровольного безболезненного лишения жизни, стоит достаточно остро в общей медицине. По отношению к психиатрии и наркологии, особенно на обывательском уровне, более остро стоит проблема добродетели при сохранении жизни и возможности продолжать свой род умственно отсталым лицам с врожденными психическими отклонениями. Считается, и с каждым днем подобное мнение укрепляется и находит все больше сторонников, что психически больные должны быть принудительно стерилизованы (за это выступают около трети граждан страны).

Стоит напомнить, что программа физического уничтожения душевнобольных во времена третьего рейха в Германии включала ряд последовательных этапов:

стерилизацию, которой подлежали больные шизофренией, циклотимией, наследственной эпилепсией, хореей Гентингтона, наследственной слепотой и глухотой, алкоголизмом, умственной отсталостью;

уничтожение детей с физическими и умственными недостатками;

акцию «Т4» — полное постепенное физическое уничтожение взрослых психически больных к 1945 г. (*I. E. Meyer*).

Подобное напоминание, естественно, не может служить обоснованием точки зрения о том, что принудительная стерилизация психически больных аморальна. Но для этого и не требуется никаких обоснований. Если интересы личности (любой — здоровой или больной) поставить над государственными и общественными, то вопрос снимется автоматически.

Более сложна проблема суицидального поведения. В частности, определение допустимой меры вторжения в жизнь психически больного человека. Взаимоотношения с душевнобольным, находящимся в психотическом состоянии и пытающимся покончить с собой, справедливо строятся на законодательной основе — если наблюдается сочетание признаков психического заболевания (психоза) и суицидального поведения, им обусловленного, пациент нуждается в неотложной госпитализации. Если же пациент, находится, к примеру, в состоянии невротической депрессии и высказывает суицидальные мысли, то, видимо, следует подходить к его высказываниям и намерениям в соответствии с этическими принципами. Медицинский работник в этом случае должен попытаться разубедить человека в необходимости совершить самоубийство,

но при этом ему следует понимать, что человек имеет право как на жизнь, так и на смерть (если он психически здоров). И этически оправданным был бы именно такой диалектический подход.

Патернализм

Патернализм так же, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам психиатрии и наркологии. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия психиатром или медсестрой психиатрического профиля на себя роли человека, диктующего душевнобольному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую медицинский работник распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, медик берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у медика совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Медик не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью патернализма являются взаимоотношения медицинского работника и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

Реконструкция личности при психотерапии

Этическая проблема, обозначенная *реконструкцией личности* возникла не так давно. Особенно активно психотерапевтические методики, использующие методы реконструкции личности, стали появляться в последнее время. Суть проблемы заключается в том, насколько оправданной с этической точки зрения является вторжение в личностную структуру пациента и изменение ее с целью излечения от разнообразных психических и наркологических расстройств. Пациент, вручая себя медику, с одной стороны, может не догадываться о том, что в процессе терапии будет происходить изменение его мировоззрения, т. е. реконструкция личности. С другой стороны, даже если пациент согласен на подобную процедуру, соответствуют ли нормам морали и медицинской деонтологии подобные действия. Вторжение в личностную структуру пациента возможно лишь в случаях, когда пациент отдает себе отчет в том, к какому состоянию стремится подвести его психотерапевт, и добровольно идет на это.

Наиболее часто в последнее время медики стали использовать немедицинские и непсихологические способы реабилитации нар-

козависимых (например, программу «12 шагов»), суть которых заключена в нравственной переориентации пациента. Следует признать этот путь порочным и выходящим за рамки профессиональной компетенции. Отдельно следует сказать о психотерапевтических методиках, которые используют нетрадиционные воздействия, которые могут повлечь ухудшение состояния больного, к примеру, голотропное дыхание по Грофу.

Лечение без согласия

Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без его оповещения о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов (подбрасывание в пищу) человеку, который не знает об их приеме.

Компетентность

На первый взгляд категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности (недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности). С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами (психопатологическими симптомами и синдромами), психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика — приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В.А. Тихоненко и Г.М. Румянцевой, когда психиатр *грусть* или *печаль* называет субдепрессией, *гнев* — дисфорией, *увлеченность* — гипопаранойяльностью, *враждебность* — гипопараноидностью и т.д.

На психиатрическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом». В связи с этим еще раз следует обратиться к феноменологическому методу и назвать обязательным с профессиональной и этической точек зрения принцип иметь при диагностическом поиске альтернативные психолого-психиатрические определения для каждого из обнаруживаемых феноменов (например, амбивалентность — нерешительность, резонерство — демагогия, аутизм — интраверсия и т.д.).

Экстрасенсорика

Отношение к экстрасенсорике в психотерапевтической, психиатрической и наркологической практике можно также отнести к этической области. Этическому осмыслению подлежит медицин-

ская оценка экстрасенсорных воздействий и рекомендации психически больным по поводу применения или отказа от применения подобных нетрадиционных методов терапии.

Что считать этичным — врачебный запрет пациенту обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичным будет размышление типа: «Раз помогает — значит, хорошо»? Если медик как представитель науки и научного мировоззрения поощряет распространение мифологического мышления, то следует ли признать его поступки этичными? Думается, что нельзя.

Этических проблем современной психиатрии значительно больше, чем перечислено в этом подразделе, однако наиболее дискуссионными считаются именно они.

2.2. Правовые аспекты в психиатрии и наркологии

Взаимоотношения общества и психиатрии (наркологии), к которым относятся взаимоотношения общества с душевнобольными, с психиатрами, с медицинским персоналом психиатрических учреждений, могут строиться многообразно. Эти взаимоотношения могут регулироваться:

этическими принципами, когда медик строит лечебно-диагностический процесс на основании собственных этических требований;

принципами, заложенными государственными чиновниками в нормативные документы, и тогда медик обязан ориентироваться на указы и постановления органов управления;

законодательством, обязывающим медика действовать в соответствии с законом, отражающим меры ответственности за несоблюдение закона.

При различных основах взаимоотношений общества и психиатрии (наркологии) возможны разные трактовки понимания необходимости правовых основ этого взаимодействия: при ортодоксальной психиатрии принято целесообразным использование указного стиля взаимоотношений; при феноменологической психиатрии — законодательного. Это связано с тем, что основой ортодоксальной психиатрии является принцип доминирования прав общества над правами отдельной личности, а для феноменологической — права отдельной личности объявляются превыше прав общества, но учитывается и принцип социальной справедливости, неотделимости свободы личности от свободы общества (т.е. других личностей). Феноменологическая психиатрия позволяет избежать субъективности в подходе к душевнобольным и разработать справедливые, гармоничные принципы и процедуры взаимодействий общества и психиатрии.

По мнению С. В. Бородина и В. П. Котова, любой закон о психиатрии должен быть направлен на решение четырех основных задач:

1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь;

2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью;

3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами;

4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставлении им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от влияния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Таким образом, принцип справедливости взаимоотношений общества и психиатрии отражает необходимость обоюдной справедливости без ущерба для одной из взаимодействующих сторон. Следует сказать, что на его понимание воздействуют этические принципы общества, находящие отражение в общественном мнении, общественно-политические процессы и пр. Вследствие этого путь к признанию необходимости законодательной регламентации взаимоотношений общества и психиатрии имеет длинную и извилистую историю.

Первый всеохватывающий закон об обращении с умалишенными был принят более 150 лет назад во Франции. Согласно этому закону, душевнобольной приравнивался к страдающему физически, и поэтому объявлялся нуждающимся в уходе и защите общества.

В Англии правила задержания общественно опасных больных и обеспечения минимальных стандартов помощи в частных и государственных убежищах для умалишенных, которые стали основой существующей правовой системы больничной службы Англии и Уэльса, были утверждены в XVIII в. В США свод законов о психическом здоровье был принят в первой половине XIX в.

С середины XIX в. новые защитные механизмы в психиатрической службе были введены во многих странах Европы. С этого времени стала гарантироваться помощь адвокатов, независимая оценка состояния больного врачом, право на беспристрастное и публичное слушание дела в справедливом суде, был усовершенствован порядок подачи апелляций больными, которые получили право через суд опротестовывать решение о госпитализации.

Под давлением общественности в ряде стран законодательные органы приняли законы, ужесточающие контроль за госпитализацией и выпиской из психиатрических учреждений с целью устра-

нения возможности неправомерной госпитализации. Так, в 1848 г. парламент Великобритании принял закон, в соответствии с которым комиссия по делам душевнобольных получала право проводить расследование условий содержания пациентов в психиатрических лечебницах и требовать периодических отчетов администрации больницы о состоянии здоровья их пациентов (*И.Я.Гурович*, *Е.Б.Любов*, *А.Б.Шмуклер*).

Из наиболее значительных законодательных мер в области психиатрии XX в. явился Закон о психическом здоровье в Англии и Уэльсе (1959) и законодательные акты многих штатов США. Суть их заключалась в поощрении добровольной госпитализации в психиатрические больницы в противовес принудительной, которая расценивалась как унизительная для пациентов и членов их семей. Существенное влияние на взаимоотношения общества и психиатрии оказало распространение антипсихиатрических воззрений в США и Западной Европе в середине XX в. Основанием для недобровольной госпитализации, например, в большинстве штатов США, являлась лишь явная опасность психически больного по отношению к себе или окружающим. При этом психически больные, нуждавшиеся в медицинской помощи, оказывались в связи со своим неадекватным поведением не в больнице, а за тюремной решеткой. Наиболее шокирующим оказалось событие в 1978 г. в Сиэтле, когда супружеская пара была убита молодым соседом, которому за час до того было отказано в госпитализации в психиатрическую лечебницу.

В Европе наибольшую известность приобрела итальянская психиатрическая реформа 1978 г., по которой были прекращены первичные госпитализации в психиатрические больницы, и душевнобольные пациенты оказались в общесоматических больницах.

В России согласно исследованиям В.П.Осипова первые законодательные меры в отношении душевнобольных были приняты в Уложении 1669 г. В соответствии с ними душевнобольные приравнивались к глухим и малолетним и освобождались от дачи свидетельских показаний в уголовных делах. В 1723 г. Петр I возложил на главный магистрат обязанность устройства госпиталей и запретил направлять «сумасбродных и под видом изумления бываемых» в монастыри. Затем в 1762 г. вновь было разрешено отдавать душевнобольных «под начало в монастыри». Лишь в 1775 г. был издан устав Приказов общественного призрения, в компетенцию и обязанность которых входило учреждение специальных домов для умалишенных.

В советское время отечественная психиатрия развивалась в прямой зависимости от политических и общественных процессов, которые создали условия для развития ортодоксальной психиатрии, долгие годы существовавшей на основании указов и постановлений органов управления. Лишь в 1992 г. был принят Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях

прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 № 3185-1 (в редакции от 21.07.98), совершивший переворот во взаимоотношениях общества и психиатрии и поставивший их на правовые рельсы. Он регламентирует законные права граждан, врачей-психиатров, а также устанавливает ответственность за нарушение данного закона: административную, дисциплинарную, гражданскую и даже уголовную (например, за незаконное помещение в психиатрическую больницу). Данным законом регламентируются и принципы оказания наркологической помощи.

Основные правовые принципы и процедуры, на базе которых происходит сегодня оказание психиатрической помощи в России: добровольность обращения за психиатрической помощью; права лиц, страдающих психическими расстройствами; основания для проведения психиатрического освидетельствования, диспансерного наблюдения, госпитализации в психиатрический стационар; применение принудительных мер медицинского характера и некоторые другие.

Условно законодательные регламентации можно разделить на две группы — первые закрепляют права больных, а вторые устанавливают права и обязанности медиков, а также принципы и процедуры при оказании психиатрической помощи.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами

Добровольность обращения за психиатрической помощью (статья 4)

• Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

• Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами (статья 5)

• Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

• Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право:

• на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

- получение информации о своих правах, а также в доступной форме и с учетом их психического состояния информацию о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности, по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
- оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;
- приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или социального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 5 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» направлена, в первую очередь, на защиту пациента от произвола государства. В рамках закона четко регламентированы права лиц, страдающих психическими расстройствами, что подразумевает запрет любого действия, направленного на ущемление этих прав.

Особо следует отметить такие права, которые при ортодоксальной психиатрии только декларируются, но не гарантируются. В первую очередь это относится к праву пациента на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. Смысл его заключается в гарантировании душевнобольному всего комплекса гуманного отношения: от создания нормальных с точки зрения санитарно-гигиенических требований условий пребывания (например, в психиатрическом стационаре) до права получения этой помощи в наименее ограничительных условиях. Несомненно, важным является право пациента на получение информации о своих правах, об имеющемся психическом расстройстве и применяемых методах лечения.

Больной в соответствии с Законом и по собственному усмотрению, имеет право соглашаться и отказываться от применения тех или иных медицинских препаратов и методов лечения.

В сферу этических взаимоотношений отнесены способ и форма сообщения больному информации об имеющихся у него психических расстройствах и применяемых методах терапии при гарантированности возможности получить эту информацию. Несомненно, важное значение имеет право пациента на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

Согласие и отказ от лечения (статьи 11 и 12)

- Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.
- Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.
- Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.
- Лечение может производиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. В отношении лиц, указанных в четвертой части настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускается.
- Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.
- Лицу, отказавшемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Как следует из статей 11 и 12 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» пациент обладает правом соглашаться или отказываться от лечения в случаях, когда он не представляет так называемую

социальную опасность и проходит лечение в стационаре в добровольном порядке.

Наиболее значимым в статье 11 является понятие «информированное согласие». По определению закона, под информированным согласием понимается письменно заверенное, добровольное и осведомленное решение подвергнуться лечению, принятое человеком, способным понять разъяснения медицинского персонала учреждения о характере и эффекте терапии. Информированное согласие основано на предоставлении пациенту как можно большего количества правдивой информации о лечении.

При этом Закон не обязывает врача при получении согласия на лечение сообщать пациенту буквальную формулировку психиатрического диагноза. Сообщая пациенту о методах лечения, врач-психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде, или предполагается лечение инсулин-коматозной, электросудорожной терапией, или лечение будет преимущественно психотерапевтическим, разгрузочно-диетическим, физиотерапевтическим, объяснив, почему именно этот метод, а не другой (альтернативный) показан в данном случае.

В статье 12 наиболее важным замечанием следует признать возможность больного не только отказаться от лечения в случаях, когда это позволительно по психическому состоянию, но и прекратить лечение на любой его стадии, даже если ранее он дал на него добровольное согласие. Однако это может повлечь постановку администрацией больницы вопроса о выписке.

Право отказа от лечения — одно из позднейших достижений восстановления гражданских прав институализированных больных. Оно символизирует отказ от принципов патернализма.

Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи (статья 30)

- Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.
- Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала.
- Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожаю-

щих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом Российской Федерации «О милиции» от 18.04.91 № 1026-1 (в редакции от 30.06.02, с изменениями от 25.07.02).

В статье 30 имеются указания еще на некоторые права пациента. Это права на *наименее ограничительные*, *щадящие меры* в случаях, когда госпитализация осуществляется в недобровольном порядке. Имеется в виду, чтобы эти меры не оказались чрезмерными и способными принести вред самому больному, например, вызвать у него переломы, увечья. Считается, что пациент может быть фиксирован к кровати с помощью эластичных полос материи, ремней, которыми закрепляются руки (выше лучезапястных суставов) и ноги (выше голеностопных суставов).

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (статья 37)

• Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

• Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в организации представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы; получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

• Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости и пользоваться собственной одеждой;

платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 37 направлена на сохранение прав пациентов, поступивших в психиатрический стационар, как на добровольной основе, так и по недобровольной госпитализации. Следует отметить разделение прав на безусловные, гарантированные вне зависимости от психического состояния пациента (§ 2), и права, которые могут быть ограничены в связи с особым психическим состоянием пациента (§ 3). Ограничение некоторых прав может быть обусловлено исключительностью случаев, должно иметь указание срока его действия, который, как правило, не должен превышать двух недель.

Порядок и сроки обжалования (статья 47)

- Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.
- Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.
- Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Вышеперечисленные правовые принципы, отраженные в Законе, непосредственно затрагивали права людей, сталкивающихся с психиатрической службой. Далее будут приведены правовые принципы, по которым оказывается психиатрическая помощь, т. е. права и обязанности противоположной стороны.

Принципы и процедуры при оказании психиатрической помощи

Одним из наиболее социально значимых является принцип недобровольного помещения человека в психиатрическую больницу. Он по-прежнему остается спорным и актуальным вопросом взаимоотношений общества и психиатрии.

В Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» имеется ряд статей, отражающих означенные принципы.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар (статья 28)

- Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.
- Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и порядке, установленных законами РФ.
- Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.
- Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случаях возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.
- Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (статья 29)

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законных представителей до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статьи 28 и 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» регулируют помещение человека в психиатрический стационар. При этом однозначно указывается на тот факт, что поместить в психиатрический стационар можно лишь психически больного человека, т. е. лицо, страдающее психическим расстройством. Одним из важных аспектов правового регулирования являются основания для помещения в психиатрический стационар ребенка или подростка, не достигшего пятнадцатилетнего возраста. Для этого в

соответствии с Законом требуется согласие обоих родителей, получение которого на практике оказывается проблематичным.

Недобровольная госпитализация, как приведено в статье 29, осуществляется при наличии одного из трех критериев, означенных в статье. По данным С. В. Бородина и В. П. Котова, критерий непосредственной опасности для себя или окружающих применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами, т. е. расстройствами психотического уровня или выраженного психического дефекта. Так же как критерий беспомощности, т. е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя.

Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется чаще по отношению к лицам с маниакальными состояниями, явлениями психомоторного возбуждения, переоценкой своих возможностей, сексуальной расторможенностью, когда психическое состояние пациента вызывает на момент приступа значительные семейные, материальные, производственные осложнения, компрометирует больных в глазах окружающих, сослуживцев, родных и в последующем может сказаться на уровне социально-трудовой адаптации этих пациентов.

В качестве примера необходимости использования третьего из перечисленных критериев приведем случай из практики.

Одним из проявлений психической болезни пациентки К., находившейся на инвалидности, являлось то, что она в течение всего дня звонила по телефону на службу знакомому мужчине и объяснялась ему в любви. Происходило это через каждые три минуты на протяжении нескольких дней. Естественно, что весь рабочий день ее «возлюбленного» был занят тем, что он поднимал трубку телефона. Когда его сослуживец в довольно резкой форме объяснил девушке, что она занимает служебный телефон личными разговорами, К. неожиданно для него переключила свой любовный интерес на никогда прежде не виденного и не слышанного ею мужчину. Вскоре она уже знала по именам всех мужчин организации, и тому, кто первым брал трубку, «изливалась в любви». Происходило это с прежней частотой в течение нескольких месяцев. Анализ данного клинического случая показал, что пациентка находилась в этот период в состоянии обострения ее психического состояния, однако мать больной категорически отказывалась госпитализировать больную в психиатрический стационар, а «невольные жертвы ее любви» грозили подать в суд за хулиганские действия. По психическому состоянию девушка не представляла непосредственной опасности себе или окружающим, однако она своим поведением, с одной стороны, дезорганизовы-

вала деятельность целого учреждения (дозвониться до него по служебным делам было невозможно), с другой, своими поступками она компрометировала себя перед знакомыми и окружающими. Вследствие чего можно было госпитализировать пациентку в психиатрический стационар, используя права, данные законом и трактуемые как необходимость госпитализации вследствие причинения существенного вреда здоровью из-за ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке (статья 33)

• Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

• Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

• Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Как следует из статьи 33 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», *вопрос о недобровольной госпитализации человека в психиатрический стационар решается исключительно в судебном порядке.* В соответствии с требованиями Закона недобровольно госпитализированный может находиться в психиатрическом учреждении не более 72 ч, на дальнейшее пребывание требуется санкция судьи. Закон предоставляет судье право на продление пребывания в психиатрическом стационаре до судебного разбирательства на срок не более пяти дней.

Следующей социально значимой процедурой в области психиатрии остается психиатрическое освидетельствование. По-прежнему различные группы населения и общество в целом по-разному относятся к тому, какие основания должны быть для психиатрического освидетельствования.

Психиатрическое освидетельствование (статья 23)

• Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в

психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

• Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого: в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

• Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

• Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

• Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

• Данные психиатрического освидетельствования и заключения о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя (статья 24)

• В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

• В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Как следует из статей 23 и 24, психиатрическое освидетельствование может проводиться как с согласия обследуемого, так и без согласия. Критерии, позволяющие проводить освидетельство-

вание без согласия, идентичны критериям так называемой социальной опасности. Наибольший интерес представляет процедура представления врача-психиатра, которая предусмотрена в обязательном порядке в большинстве случаев. Несоблюдение ее, как сказано в Законе, допустимо лишь в случаях, когда есть основания предполагать наличие у обследуемого тяжелого психического расстройства, которое может обусловить его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Еще одной эпатирующей общественное мнение психиатрической процедурой является диспансерное наблюдение. В настоящее время на основании Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» оно регулируется в соответствии со статьей 27.

Диспансерное наблюдение (статья 27)

- Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
- Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.
- Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, предусмотренном разделом VI настоящего Закона.
- Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренном частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Наиболее важным для пациентов в приведенной статье является срок, через который после приступа или обострения психического заболевания возможно снятие с «диспансерного учета». В законе он не приведен, однако имеется указание на признаки выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица. Под критерием стойкого улучшения психического состояния душевнобольного принято понимать такое состояние, когда улучшение сохраняется на протяжении полутора-двух

лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики (*С.В. Бородин, В.П. Котов*).

Значимым также является и параметр тяжести, стойкости и частоты обострений психических расстройств, дающий основание поставить душевнобольного на психиатрический учет. По мнению С.В. Бородина и В.П. Котова, тяжелые болезненные проявления (т.е. психозы, выраженное слабоумие, изменения личности) следует считать стойкими, если они существуют к моменту осмотра больного не менее года и/или если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более. Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более 1 раза в год.

Обратим внимание еще на один правовой психиатрический принцип и процедуру, которая подвергается пристрастному общественному анализу — сохранение врачебной тайны обращения, наблюдения и лечения у психиатра. В Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» есть следующие гарантии соблюдения врачебной тайны.

Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья (статья 8)

• При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами РФ.

Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи (статья 9)

• Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняются законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Существенным в понятии врачебной тайны считается тот факт, что она должна соблюдаться вне зависимости от того, обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-либо сведения. *Обязанность хранить врачебную тайну распространяется как на врачей-психиатров, так и на иных работников психиатрических учреждений (медицинских сестер, санитаров, фармацевтов, психологов, педагогов, шоферов, работников кухни).*

В исключительных случаях допускается сообщение сведений, содержащих врачебную тайну, государственным органам и должностным лицам, непосредственно не участвующим в оказании медицинской помощи. К ним относятся органы здравоохранения (сообщается в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения), следственные и судебные органы (сообщается по их требованию).

Право на конфиденциальность психиатрической помощи гарантировано законом в большинстве стран мира. В США право на медицинскую тайну признается конституционным, фундаментальным. В Великобритании оно гарантировано Британским национальным законом здравоохранения.

К правовым аспектам психиатрии относятся и разнообразные виды экспертиз: судебная, военно-врачебная, трудовая.

Основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы в России является сомнение по поводу психического здоровья обвиняемого, потерпевшего, истца и ответчика в гражданском процессе. Судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, дознавателя, прокурора, по определению суда. Ходатайство о назначении экспертизы могут заявить обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента его участия в деле.

Известно, что уголовной ответственности подлежат только вменяемые лица. Человек в состоянии психического здоровья должен и может оценивать те обстоятельства, при которых он действует, понимать предъявляемые требования и делать выбор между совершением и несовершением преступления. Утрата способности руководить поведением, контролировать его и отдавать себе в нем отчет нередко является результатом психического заболевания.

В современном российском законодательстве формула невменяемости представлена в статье 11 УК РФ, которая гласит: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно-опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Не подлежат наказанию также лица, совершившие преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшие психической болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию».

Приведенная статья при определении невменяемости содержит критерии двух видов — юридический и медицинский. Юридиче-

ский критерий заключает в себе два признака: интеллектуальный (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) и волевой (невозможность руководить собственными действиями). Только наличие обоих критериев влечет признание лица невменяемым.

В качестве медицинского критерия указывается душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие или иное болезненное состояние (к которому, в частности, относятся некоторые виды психопатий и глухонемота).

Под *дееспособностью* понимается способность гражданина своими действиями приобретать и создавать для себя гражданские обязанности (статья 11 ГК РФ). Поскольку закон признает за гражданином способность разумно действовать по достижении 18-летнего возраста, дееспособность по сравнению с правоспособностью ограничена возрастным фактором. Критерии недееспособности, которыми руководствуется суд и применительно к которым должны давать заключение эксперты, сформулированы в статье 15 ГК РФ: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном ГПК РФ. Над ним должна устанавливаться опека. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав, но вступать в свои права они могут только через своих опекунов, назначаемых опекунскими советами».

Необходимо помнить, что согласно статьи 196 УПК РФ назначение экспертизы для установления психического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникают сомнения в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, а также потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, является обязательным. Согласно статьи 57 УПК РФ эксперт несет ответственность в соответствии со статьей 307 УК РФ.

В статье 57 УПК РФ говорится, что в соответствии со статьей 310 УК РФ эксперт несет ответственность за разглашение данных предварительного расследования.

Контрольные вопросы

1. В чем различие этико-деонтологических основ ортодоксальной и феноменологической психиатрии?

2. Каковы основные этико-деонтологические проблемы психиатрии и наркологии?

3. Каковы принципы недобровольной госпитализации психически больного в стационар?

4. Какими правами обладает психически больной, помещенный в стационар?

5. Каковы принципы психиатрического освидетельствования?

6. В чем заключается диспансерное наблюдение в психиатрии и наркологии и каковы его принципы?

7. Какие меры безопасности предусмотрены при оказании психиатрической помощи?

8. Как и кем оценивается недееспособность психически больного?

9. Каковы критерии невменяемости, применяемые в психиатрии?

10. На основании чего назначается судебно-психиатрическая экспертиза?

Глава 3

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

3.1. Выбор методов исследования

Выбор методов исследования, используемых в психиатрии и наркологии, обусловлен теми задачами, которые возникают при выполнении профессиональных обязанностей врача или медицинской сестры. Все методы позволительно разделить на две группы:

1) клиническое интервьюирование;

2) экспериментально-психологические методы исследования.

В психиатрии и наркологии диагностикой расстройств и заболеваний занимается врач. Традиционно в этом процессе роль медицинской сестры минимизируется. И основной задачей становится оказание непосредственной помощи пациенту. Однако медицинская сестра не должна являться случайным статистом в процессе диагностики. Бóльшую часть времени больной проводит в общении с медицинской сестрой. Вследствие этого у среднего медицинского персонала имеется возможность наблюдать за пациентом в различных ситуациях (а не только в ситуации специальных диагностических процедур во врачебном кабинете). Следовательно, *сестринский диагноз* может явиться существенным вкладом в процесс адекватной и эффективной диагностики психического состояния пациента. В отличие от врачебного диагноза сестринский является в большей степени феноменологическим, чем нозологическим.

3.2. Клиническое интервьюирование

Одной из *основных целей клинического интервьюирования* является оценка психического состояния пациента, диагностика и дифференциальная диагностика симптомов и синдромов, анализ и оценка индивидуально-психологических особенностей пациента, прогнозирование его поведения с целью избегания суицидаль-

ного или агрессивного поведения, выявление его реабилитационного потенциала.

Термин «интервью» вошел в лексикон психиатров недавно. Чаще говорят о клиническом расспросе или беседе, описание которых в научных трудах носит в подавляющем большинстве описательный, сентенциозный характер. Рекомендации, как правило, даются в императивном тоне и направлены на формирование несомненно важных морально-нравственных качеств диагноста.

В известных публикациях и монографиях клинический способ оценки психического состояния человека и диагностики у него психических отклонений приводится без описания собственно методологии (принципов и процедур) расспроса, что выводит даваемые рекомендации за рамки научных и доступных для эффективного воспроизведения. Получается парадоксальная ситуация: обучиться клиническому обследованию и диагностике возможно лишь экспериментальным путем, участвуя в качестве наблюдателя-ученика в беседах с пациентами известных и признанных авторитетов в области диагностики и интервьюирования.

К сожалению, в области диагностики существует и имеет массу поклонников диагностика психических отклонений без интервьюирования, т.е. диагноз ставится заочно, без непосредственной встречи с предполагаемым пациентом. Подобная практика становится в наше время модной. Диагнозы психических заболеваний, выставляемых на основании анализа действий человека, известных специалисту понаслышке или из уст неспециалистов, психопатологические трактовки текстов «подозреваемых» (писем, стихов, прозы, брошенных когда-то фраз) лишь дискредитируют клинический метод.

Истинная диагностика как психических отклонений, так и индивидуально-психологических особенностей человека в обязательном порядке должна сочетать диагностику в узком понимании термина и непосредственное обследование пациента, т.е. интервьюирование.

Клиническое интервью — это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта диагноста и пациента.

Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка пациента.

Интервью выполняют диагностические и терапевтические функции. Они должны осуществляться совместно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий вышеперечисленные функции, превращает медика в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем человека — это лишь одна часть интервью, другая его часть — способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать понять истоки психологического дискомфорта, кристаллизовать проблему. «Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать себя», — писал Л. Выготский, и это понимание через вербализацию в процессе клинического интервью может считаться существенным и принципиальным.

Принципы клинического интервьюирования. К основным принципам клинического интервьюирования можно отнести:

однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов;

адекватность, последовательность (алгоритмизованность);

гибкость, беспристрастность опроса;

проверяемость получаемой информации.

Под принципом *однозначности* и *точности* в рамках клинического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный к пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, к примеру, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т.д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно, малоинформативен и является лишним.

Принцип *доступности* базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций. Вопрос диагноста: «Не бывает ли у Вас галлюцинаций?» — может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не слышит ли он «голосов», то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания медиком того же термина. Принцип доступности основывается на точной оценке диагностом статуса пациента, уровня его знаний, словарного запаса, субкультуральных особенностей, жаргонной практики.

Одним из важных параметров интервью считается *алгоритмизированность* (*последовательность*) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; типах реагирования (эндогенного, психогенного и экзогенного); психотического и непсихотического уровней психических расстройств. Диагност обязан знать сотни психопатологических симптомов. Но если он будет спрашивать о наличии каждого известного ему симптома, то это, с одной стороны, займет много времени и будет утомительным как для пациента, так и для исследователя; с другой, отразит некомпетентность диагноста.

Последовательность расспроса строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа феноменов или симптомов. Далее опрос охватывает выявление феноменов, симптомов и синдромов, традиционно сочетающихся с уже выявленными. Затем вопросы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. К примеру, если первыми удается выявить наличие слуховых галлюцинаций, то дальнейший расспрос строится по следующей схеме-алгоритму: оценка характера галлюцинаторных образов (количество «голосов», их осознаваемость и критичность, речевые особенности, определение места расположения источника звука по мнению пациента, время появления и т.д.) — степень эмоциональной вовлеченности — степень критичности пациента к галлюцинаторным проявлениям — наличие расстройств мышления (бредовых интерпретаций «голосов») и далее в зависимости от квалификации описанных феноменов, подтверждение экзогенного, эндогенного или психогенного типов реагирования с помощью опроса о наличии (например, расстройств сознания, психосенсорных нарушений и других проявлений определенного круга расстройств).

Кроме вышеописанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос в лонгитудинальном разрезе — очередности появления психических переживаний и их связь с реальными обстоятельствами. При этом важна каждая деталь рассказа, важен контекст событий, переживаний, интерпретаций.

Наиболее значимыми являются принципы *проверяемости и адекватности* психологического интервью, когда для уточнения конгруэнтности понятий и исключения неверной интерпретации ответов диагност задает вопросы типа: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?» или «Приведите пример испытываемых «голосов»». При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

Принцип *беспристрастности* — основной принцип феноменологически ориентированного диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличии у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

Основные этические положения клинического интервьюирования. Учитывая груз ответственности, в первую очередь моральноэтической, лежащей на диагносте в процессе психологического интервью, нам кажется уместным привести основные этические положения Американской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования:

1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако надо всегда помнить, что, как бы то ни было, ответственность психолога перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением профессионала, искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму — осознание своих пределов.

3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинающий психолог заворожен деталями и «важными историями» своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинаются после того, как клиент понял, что его мысли и переживания вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от вас?

Современное положение в обществе позволяет говорить о потенциально или явно существующих конфликтах в сфере общения. Клиническое интервью в этом отношении не является исключением. Потенциальные психологические сложности при проведении интервью возможны на разных уровнях: вчера они захватывали одну область; сегодня — вторую; завтра — могут распространиться на третью. Без доверительной атмосферы, терапевтической эмпатии между диагностом и пациентом невозможно квалифицированное интервьюирование, постановка диагноза и психотерапевтический эффект.

Методологические подходы к проведению интервьюирования. Описанные принципы клинического интервью отражают базовые знания, теоретическую платформу, на которой строится весь процесс интервьюирования. Однако не подкрепленные практическими процедурами принципы останутся незадействованными.

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что *длительность первого интервью* должна быть около 50 мин, а последующие несколько короче. Оптимальной считается следующая модель клинического интервью:

I этап. Установление доверительной дистанции; ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

II этап. Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы.

III этап. Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

IV этап. Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

Приведенные этапы клинического интервью дают представление о существенных пунктах, обсуждаемых в процессе встречи диагноста и больного. Эта схема может использоваться при каждой беседе, однако следует помнить, что удельный вес — время и усилия, отводимые на тот или иной этап, различны и зависят от очередности встреч, эффективности терапии, уровня наблюдаемых психических расстройств и некоторых иных параметров.

Понятно, что при первом интервью преобладающими должны являться первые три этапа, а при последующих — четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психо-

тический — непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

I этап клинического интервью (установление доверительной дистанции) можно определить как активное интервью. Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Общение медицинской сестры или врача с пациентом начинается не с набившего оскомину формального вопроса: «На что жалуетесь?», а с ситуативной поддержки. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, впервые обратившегося в психиатрическое или наркологическое учреждение, прочувствовав драматизм ситуации, страх обратившегося быть признанным душевнобольным или понятым превратно или поставленным на учет, помогает тому начать разговор.

Обычно эффективным для установления доверительной дистанции — психологического комфорта оказывается высказывание типа: «Я понимаю, как непросто обратиться к медику, тем более в такое заведение, как психиатрическая лечебница. Мне наверное не стоит говорить о том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях, останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: «Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о ...», или «Ваше право не говорить мне о ...», или «Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой». Подобными речевыми, основанными на этических принципах, способами возможно быстрое и эффективное установление нужной душевной волны между медицинской сестрой и пациентом при условии, что за техникой коммуникации будет стоять искреннее желание разобраться в состоянии пациента, помочь ему.

Кроме этого на I этапе диагност должен выявить доминирующие мотивы обращения к нему, составить первое впечатление об уровне критичности интервьюируемого к себе и психологическим проявлениям. Эта цель достигается с помощью вопросов типа: «Кто был инициатором Вашего обращения к специалистам?»; «Ваш приход на беседу — это Ваше собственное желание или Вы сделали это для успокоения родственников (знакомых, родителей, детей, начальства)?»; «Знает ли кто-нибудь о том, что Вы собирались обратиться к специалисту?».

Даже при беседе с больным с психотическим уровнем расстройств целесообразно начать интервью с предоставления гарантий конфиденциальности. Нередко эффективными для дальнейшего разгово-

ра с такими больными оказываются фразы типа: «Вы, наверное, знаете, что можете отказаться от разговора со мной как со специалистом в области психиатрической помощи?». В подавляющем большинстве случаев данная фраза не вызывает желания уйти из кабинета, а наоборот, оказывается приятным откровением для пациента, который начинает чувствовать свободу распоряжаться информацией о себе и при этом становится более открытым для общения.

Активная роль медицинской сестры (или врача) на этом прерывается и наступает II этап — *этап пассивного интервью.* Больному предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Диагност при этом выполняют роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего методика выслушивания включает в себя следующие этапы (табл. 3.1).

Вопросы, задаваемые диагностом, направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т. е. выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов. При этом производится структурирование пробле-

Таблица 3.1

Основные этапы диагностического выслушивания (по А. Айви)

Методика	Описание	Функции в процессе интервью
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты; «Как?» — чувства; «Почему?» — причины; «Можно ли?» — общую картину	Используются для выяснения основных фактов, облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу *ли*; на них можно отвечать кратко	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку специфических слов и смысла
Отражение чувства	Обращает внимание на эмоциональное содержание интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факты и чувства клиента	Полезно повторять периодически во время интервью; обязательно в конце встречи

мы, которая остается фрустрирующей на момент интервью. Здесь же диагност задает всевозможные вопросы, касающиеся анализа и психического состояния, основываясь на известных диагностических алгоритмах. Кроме выслушивания во время интервью должны использоваться и элементы воздействия (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Методы воздействия в процессе интервью (по А. Айви)

Метод	Описание	Функция в процессе интервью
Интерпретация	Задает новые рамки, в которых пациент может увидеть ситуацию	Попытка дать возможность пациенту по-новому увидеть ситуацию — альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, мыслей, настроения и поведения
Директива (указание)	Говорит пациенту, какое действие предпринять. Может быть просто пожеланием или техникой	Ясно показывает пациенту, какого действия психолог от него ожидает
Совет (информация)	Дает пожелания, общие идеи, домашние задания, совет о том, как действовать, думать, вести себя	Умеренно используемые советы дают пациенту полезную информацию
Самораскрытие	Психолог делится личным опытом и переживаниями, либо разделяет чувства пациента	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-предложениях»; способствует установлению раппорта
Обратная связь	Дает пациенту возможность понять, как его воспринимает психолог, а также окружающие	Дает конкретные данные, которые помогают пациенту понять, как его осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность самовосприятия
Логическая последовательность	Объясняет пациенту логические следствия его мышления и поведения: «Если ..., то ...»	Дает пациенту иную точку отсчета. Этот метод помогает людям предвидеть результаты их действий
Воздействующее резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения диагноста в комбинации с резюме, делаемым пациентом	Проясняет, чего диагност и пациент добились за время беседы. Подводится итог того, что сказал терапевт. Призвано помочь пациенту перенести эти обобщения из интервью в реальную жизнь

Существенным на данном этапе интервьюирования является сбор так называемого психологического и медицинского анамнеза — истории жизни и болезни. Задачей психологического анамнеза является получение от больного сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Важными являются данные о течении болезни и жизненном пути, которые призваны выявлять, какое отражение болезнь получает в субъективном мире пациента, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений. Внешне медицинский и психологический анамнез как методы исследования весьма сходны — расспрос мог идти по единому плану, но их цель и использование полученных данных совершенно отличны (*В. М. Смирнов*, *Т. Н. Резникова*).

III этап — *этап клинического интервью*; направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом результатах интервью и терапии. Больного спрашивают: «От чего из того, что Вы мне рассказали, Вам хотелось бы избавиться в первую очередь?», «Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу и что Вы ждете от нее?», «Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?»

Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Ведь не редки случаи, когда больной после предъявления жалоб (часто разнообразных и субъективно тяжелых) отказывается от лечения, ссылаясь на то, что принципиально не принимает никаких лекарств, скептически относится к психотерапии или вообще не доверяет медикам. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым.

Этого оказывается в некоторых случаях достаточным для определенной части обращающихся за консультацией к врачу или медицинской сестре. Ведь нередко человек приходит в психиатрическое или наркологическое учреждение не за диагнозом, а для того, чтобы получить подтверждение собственным убеждениям о своем психическом здоровье и уравновешенности.

На IV этапе — *заключительном*, вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная, чего ожидает больной от лечения, интервьюер направляет интервью в русло антиципационного тренинга. Как правило, невротик страшится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к специалисту и заболевание.

Антиципационный тренинг, который основан на антиципационной концепции неврозогенеза, направлен, в первую очередь, на додумывание (прогнозирование) пациентом самых негативных

последствий его болезни и жизни. К примеру, при анализе фобического синдрома в рамках невротического регистра целесообразно задавать вопросы в следующей последовательности: «Чего именно Вы страшитесь?», «Что-то плохое должно произойти», «Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими?», «Я думаю, со мной», «Что же именно, как Вам кажется?», «Я боюсь умереть», «Что означает для Вас смерть? Чем она страшна?», «Не знаю», «Я понимаю, что это неприятное занятие — думать о смерти, однако прошу Вас подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть — это небытие, для другого — страшна не сама смерть, а связанные с ней страдания, боли, для третьего — она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и т.д. Какое Ваше мнение об этом?»

Подобный прием в рамках клинического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, проникновение в тайное тайных его болезни и личности, так и терапевтическую функцию. Нами подобный прием назван антиципационным тренингом. Его можно считать патогенетическим способом терапии невротических расстройств. Использование этого способа при интервьюировании больных с психотическими нарушениями выполняет одну из функций интервью — в большей степени проясняет диагностические горизонты, чем и оказывает терапевтический эффект.

Клиническое интервью состоит из вербальных (описанных выше) и невербальных способов, особенно на II этапе. Наряду с опросом пациента и анализом его ответов медицинская сестра может распознать массу важной информации, не облаченной в словесную форму.

Язык мимики и жестов — это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование. Невербальный язык, по мнению А. Айви, последнего автора, функционирует на трех уровнях:

условия взаимодействия: например, время и место беседы, оформление кабинета, одежда и другие важные детали, большинство из которых влияет на характер взаимоотношений между двумя людьми;

информационного потока: например, важная информация часто приходит к нам в форме невербальной коммуникации, но гораздо чаще невербальная коммуникация модифицирует смысл и переставляет акценты в словесном контексте;

интерпретации: каждый индивид, принадлежащий к любой культуре, имеет совершенно разные способы интерпретации невербальной коммуникации. То, что воспринял из невербального языка один, может в корне отличаться от того, что понял другой.

Обширные исследования в западной психологической науке по изучению навыков слушания показали, что стандарты визу-

ального контакта, наклона туловища, средний тембр голоса могут совершенно не годиться в общении с некоторыми клиентами. Когда диагност работает с депрессивным больным или с человеком, говорящим о деликатных вещах, визуальный контакт во время взаимодействия может быть неуместным. Иногда мудрым решением будет отвести взгляд от говорящего.

Визуальный контакт. Не забывая о культуральных различиях, следует все же отметить важность того, когда и почему индивид перестает смотреть вам в глаза. «Именно движение глаз — ключ к тому, что происходит в голове клиента, — считает А. Айви, — обычно визуальный контакт прекращается, когда человек говорит на щекотливую тему. Например, молодая женщина может не смотреть в глаза, когда говорит об импотенции партнера, но не тогда, когда говорит о своей заботливости. Это может быть реальным знаком того, что она бы хотела сохранить взаимоотношения с любовником». Тем не менее, чтобы точнее вычислить значение изменения невербального поведения или визуального контакта, требуется не одна беседа, в противном случае велик риск сделать ошибочные выводы.

Язык тела. По этому параметру естественно различаются представители разных культур. Разные группы вкладывают неодинаковое содержание в одни и те же жесты. Считается, что наиболее информативным в языке тела является изменение наклона туловища. Пациент может сидеть естественно, и затем, без всякой видимой причины сжать ладони, скрестить ноги или сесть на край кресла. Часто эти вроде бы незначительные изменения являются индикаторами конфликта в человеке.

Интонация и темп речи. Интонация и темп речи человека может столько же сказать о нем, особенно о его эмоциональном состоянии, сколько и вербальная информация. То, насколько громко или тихо произносятся предложения, может служить индикатором силы чувств. Быстрая речь обычно ассоциируется с состоянием нервозности и гиперактивностью; в то время как замедленная речь может свидетельствовать о вялости и депрессии.

Отметим вслед за А. Айви значимость таких параметров, как построение речи в процессе интервью. То, как люди строят предложения, является важным ключом к пониманию их восприятия мира. Например, предлагается ответить на вопрос: «Что Вы скажете контролеру, когда он начнет проверять наличие билетов, а Вы окажетесь в затруднительном положении: а) билет порван; б) я порвал билет; в) машина порвала билет или г) что-то произошло?»

Объяснение даже такого незначительного события может послужить ключом к пониманию того, как человек воспринимает себя и окружающий мир. Каждое из вышеприведенных предложений соответствует действительности, но каждое иллюстрирует различное мировоззрение. Первое предложение — просто описа-

ние того, что случилось; второе — демонстрирует человека, берущего ответственность на себя, и указывает на внутренний контроль; третье — представляет внешнее управление, или «Я не делал этого», и четвертое — указывает на фаталистическое, даже мистическое мировосприятие.

Анализируя структуру предложений, мы можем прийти к важному выводу относительно психотерапевтического процесса: слова, которыми оперирует человек, описывая события, часто дают о нем больше информации, чем само событие. Грамматическая структура предложений тоже индикатор личностного мировоззрения.

Исследования и наблюдения Р. Бендлера и Дж. Гриндера — основоположников нейролингвистического программирования — акцентировали внимание психологов и психотерапевтов на лингвистических аспектах диагностики и терапии. Впервые было отмечено значение используемых пациентом слов и построения фраз в процессе понимания структуры его мыслительной деятельности, а значит, и личностных особенностей. Ученые заметили, что люди по-разному рассказывают о сходных явлениях. Один, к примеру, скажет, что «видит», как его супруг к нему плохо относится; другой применит слово «знаю»; третий — «чувствую» или «ощущаю»; четвертый — скажет, что супруг не «прислушивается» к его мнению. Подобная речевая стратегия указывает на преобладание определенных репрезентативных систем, наличие которых необходимо учитывать с целью «подключения» к пациенту и создания истинного взаимопонимания в рамках интервью.

По данным Дж. Гриндера и Р. Бендлера, существует три типа рассогласований в структуре речи интервьюируемого, которые могут служить для изучения глубинной структуры человека: *вычеркивание, искажение и сверхобобщение.* Вычеркивание может проявляться в таких предложениях, как «Я боюсь». На вопросы типа «Кого или чего Вы боитесь?», «По какой причине?», «В каких ситуациях?», «Испытываете ли Вы страх сейчас?», «Этот страх реален или его причины ирреальны?» — ответов обычно не поступает. Задачей диагноста является «развернуть» краткое утверждение о страхе, развить полную репрезентативную картину затруднений.

Во время этого процесса «заполнения вычеркнутого» могут появиться новые поверхностные структуры. Искажения можно определить как неконструктивное или неверное предложение. Эти предложения искажают реальную картину происходящего.

Классическим примером этого может служить предложение типа: «Он делает из меня сумасшедшего», в то время, как истина заключается в том, что человек, «делающий безумным другого», ответственен только за свое поведение. Более правильным будет утверждение типа: «Я очень сержусь, когда он делает это». В этом случае клиент берет на себя ответственность за свое поведение и начинает сам контролировать направление своих действий.

Искажения часто развиваются из вычеркивания на поверхностной структуре предложения. На более глубоком уровне внимательное изучение жизненной ситуации клиента выявляет множество искажений реальности, существующих в его сознании. Сверхобобщения возникают тогда, когда клиент делает далеко идущие выводы, не имея для этого достаточных оснований. Сверхобобщение часто сопровождается искажениями. Слова, сопровождающие сверхобобщения, обычно следующие: «все люди», «вообще все», «всегда», «никогда», «то же самое», «постоянно», «вечно» и прочие.

Использование вербальной и невербальной коммуникации способствует более точному пониманию проблем пациента и позволяет создать обоюдоблагоприятную ситуацию во время клинического интервью.

3.3. Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы исследования

Медицинская сестра в процессе исследования пациента психиатрического или наркологического профиля должна способствовать адекватности проведения экспериментально-психологического исследования, позволяющего уточнять клинический диагноз. К основным методам исследования в клинической психологии относят патопсихологическое и нейропсихологическое исследования.

Патопсихологические методы исследования

Под патопсихологическими исследованиями (экспериментами) в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и отношений личности (*Б. В. Зейгарник*).

Основными *задачами* параклинических методов в психиатрии и наркологии являются: обнаружение изменений функционирования отдельных психических процессов и выявление патопсихологических синдромов.

Под *патопсихологическим синдромом* понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (*В. М. Блейхер*). К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (*В. В. Николаева*, *Е. Т. Соколова*, *А. С. Спиваковская*).

Считается, что в патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. По мнению А. Р. Лурия, Ю. Ф. Полякова, в сис-

теме иерархии мозговых процессов различаются такие уровни, как патобиологический (характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов), физиологический (заключающийся в изменении течения физиологических процессов), пато- и нейропсихологический (для которых характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики), психопатологический (проявляющийся клиническими симптомами и синдромами психической патологии).

В результате выявления патопсихологических синдромов возможным становится оценка особенностей структуры и протекания самих психических процессов, приводящих к клиническим проявлениям — психопатологическим синдромам. Исследователь направляет свое исследование на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемых в клинике симптомов.

Выделяют следующие патопсихологические регистр-синдромы (*И. А. Кудрявцев*): шизофренический, аффективно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органический, личностно-аномальный, психогенно-психотический, психогенно-невротический.

Шизофренический симптомокомплекс складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).

В *психопатический* (*личностно-аномальный*) *симптомокомплекс* входят: эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Органический (*экзо- и эндогенный*) *симптомокомплекс* характеризуется такими признаками, как общее снижение интеллекта, распад имевшихся сведений и знаний, мнестические расстройства, затрагивающие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критических способностей и самоконтроля.

В *олигофренический симптомокомплекс* входят такие проявления, как неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний, примитивность и конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.

Выделение патопсихологических регистр-синдромов позволяет не только зафиксировать нарушения в различных сферах психической деятельности, но и ранжировать их по механизмам возникновения. Кроме того, правильная квалификация патопсихологического синдрома позволяет клиницисту верифицировать нозологический диагноз и в верное русло направить коррекционную и терапевтическую работу. В большей степени регистр-синдромы значимы для патопсихологических исследований в психиатрической клинике, в меньшей — в соматической.

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, с помощью которых возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований — типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики базируется на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности. В табл. 3.3

Таблица 3.3

Основные методы патопсихологической диагностики сфер психической деятельности

Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения	Патопсихологическая методика
Расстройства внимания	Таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга
Расстройства памяти	Тест десяти слов, пиктограмма
Расстройства восприятия	Сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана
Расстройства мышления	Тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма, тест дискриминации свойств понятий
Расстройства эмоций	Тест Спилбергера, метод цветовых выборов Люшера
Расстройства интеллекта	Тест Равена, тест Векслера

представлены показания для использования различных методов патопсихологической диагностики.

Патопсихологическая оценка нарушений внимания

Для подтверждения выявляемых клинически расстройств внимания наиболее адекватными патопсихологическими методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте, по результатам проведения корректурной пробы и счета по Крепелину.

Таблицы Шульте. Эти таблицы представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Испытуемому предлагается подряд четыре — пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показ и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели:

1) превышение нормативного (40 — 50 с) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах;

2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

Таблицы Шульте

1.

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	13
19	15	17	12	4

2.

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
23	12	24	16	4
8	15	2	10	22

3.

21	12	7	1	2
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

Счет по Крепелину. Эта методика используется для исследования утомляемости. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

Корректурная проба. Эта методика используется с помощью специальных бланков, на которых приведен ряд букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание испытуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 с исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректурной пробе: 6—8 мин при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга. Эта методика предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. На работу отводится две минуты. Регистрируется количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов):

бсолнцевтргщоцрайонзшгучновостьъхэьгчяфактьукэкзаментроча
щгцкпрокуроргурстабеютеорияентоджеубъамхоккейтруицыфцуига
елевизорболджщэхюэлгщбпамятьшогхеюжпждрегщхнздвосприяти
йцукенгшизхъвафыпролдблюбовьавыфрплосдспектакльячсимть
бюерадостьвуфциеждлоррпнародшлджьхэшщгиернкуыфйшрепор
ждорлафывюефбьконкурсйфныувскапрличностьзжэьеюдшщглодж
эпрплаваниедтлжэзбьтрдшщжнпркывкомедияшлдкуивотчаяниефр
ячвтджэхьгфтасенлабораториягшдщиптукруцтршчтлроснованиязх
щдэркентаопрукгвсмтрпсихиатриябплмочьйфясмтщзаяцэълкнгитэ

Нарушения внимания не являются специфичными для каких-либо психических заболеваний, типов психического реагирования, уровней психических расстройств. Однако можно отметить специфику их изменений при различной психической патологии. Так, наиболее ярко они представлены в структуре экзогенно-органического типа психического реагирования, проявляясь нарушениями концентрации и устойчивости внимания, быстрой истощаемостью, трудностями переключаемости внимания. Сходные нарушения встречаются при неврозах. В рамках эндогенного типа психического реагирования нарушения внимания не являются определяющими (как правило, они либо отсутствуют, либо являются вторичными по отношению к другим психопатологическим феноменам). Несмотря на это существуют данные (*Э. Крепелин*) о том, что при шизофрении характерными оказываются нарушения активного внимания при сохранности пассивного. Это отличает пациентов с шизофренией от больных с экзогенно-органическими и невротическими психическими расстройствами.

Больные шизофренией, внешне невнимательные и рассеянные, могут хорошо воспринимать все, что происходит вокруг, выхватывая случайные детали, и в то же время им редко удается активно направлять и длительно удерживать внимание на каком-либо заранее указанном объекте. Вследствие этого по соотношению сохранности у пациента активного и пассивного внимания можно косвенно определить тип психического реагирования. Кро-

ме того, у больных шизофренией нарушен механизм фильтрации, что можно заметить в экспериментах на помехоустойчивость (например, в методике Мюнстерберга).

Нарушения внимания типичны для соматических заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями.

Наиболее часто расстройства внимания отмечаются у больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями (к примеру, при нейроинтоксикациях).

Патопсихологическая оценка нарушений памяти

Необходимость подтверждения клинически выявляемых расстройств памяти возникает в тех случаях, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на снижение памяти.

Методика запоминания десяти слов. Наиболее часто для оценки мнестических нарушений используется *методика запоминания десяти слов*. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после запоминания подобная процедура повторяется 4—5 раз подряд. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

Пиктограмма. Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (*пиктограмма*), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10—15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: 1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

Расстройства памяти, так же как и расстройства внимания, чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза (чаще других соматического) типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания. Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

Патопсихологическая оценка нарушений восприятия

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем психические расстройства других сфер психической деятельности, поддаются патопсихологической верификации. Это связано в значительной мере с субъективным характером переживаний отклонений восприятия. Вследствие этого патопсихологическое исследование данной психической сферы направлено, в первую очередь, на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно зарегистрировать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана.

При *пробе Ашафенбурга* испытуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети. При *пробе Рейхардта* испытуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано. При *пробе Липмана* после надавливания на веки испытуемого предлагается сказать, что он видит. Все вышеперечисленные пробы направлены на то, чтобы выявить галлюцинаторные или иллюзорные образы, наличие которых предполагается. Однако при анализе проб нельзя исключать внушенного характера галлюцинаторных феноменов.

Исследование сенсорной возбудимости сходно с вышеперечисленными пробами. Это исследование включает предложение испытуемому всмотреться в рисунки «движущиеся квадраты» и «волнистый фон», состоящие из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем испытуемому предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Оцениваются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, а также возможный иллюзорный стереоскопический обман.

Патопсихологическая оценка нарушений мышления

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую являются наиболее важными параметрами в диагностическом процессе. Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более

явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам, как соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма.

Методика классификация понятий. Эта методика включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы. Оценивается: 1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы — животные, цветы, неодушевленные предметы); 2) принципы классификации. Заключения отражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определенных групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки — на нарушения мышления шизофренического спектра.

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц с различной психической патологией, а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Методика исключения понятий. Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется методика исключения понятий. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Стимульный материал к методике исключения понятий

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.
Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
Скоро', быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.

Лист, почка, кора, дерево, сук.
Дом, сарай, изба, хижина, здание.
Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
Неудача, крах, провал, поражение, волнение.
Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
Минута, секунда, час, вечер, сутки.
Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделения существенных признаков. Эта методика позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

Стимульный материал к методике выделения существенных признаков

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления является ассоциативный эксперимент. Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава — гвоздь) или созвучные (народ — урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышления при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

Методика Эббингауза. Эта методика сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:

Стал дед очень стар. Ноги у него не ..., глаза не ..., уши не ..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо ... . Сын и невестка перестали его за ... сажать и давали ему ... за печкой. Снесли ему раз обедать в ..., он хотел ее подвинуть, да уронил на ..., чашка и ... . Стали тут ... бранить старика за то, что он им все в ... портит и ... бьет.

Проблема Эверье. Для оценки целенаправленности мышления используется проблема Эверье. Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие — злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой.

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа *пиктограмм*, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается: 1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности.

Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта

Определение уровня интеллектуальных нарушений в отечественной психиатрии включает в себя как клиническую, так и патопсихологическую оценку. При этом приоритет отдается клинической диагностике. Несмотря на это, экспериментально-психологическое тестирование способно уточнить характер и тяжесть снижения интеллекта. Наиболее часто для этих целей используется *тест прогрессивных матриц Равена*. Он состоит из 60 заданий, распределенных по 5 сериям. В каждой серии представлено изображение полотна с геометрическим рисунком или несколько матриц с одной недостающей частью. Испытуемому предлагается обнаружить закономерности в матрицах и подобрать из шести—восьми предложенных ту матрицу, которой недостает в полном изображении. От серии к серии задания усложняются.

Оценка интеллекта возможна опосредованно при исследовании особенностей мышления, в частности, понимания переносного смысла пословиц и поговорок, общей осведомленности, составляющих основу теста Векслера.

Патопсихологическая оценка нарушений эмоций

Психологические методики, позволяющие оценивать аффективные нарушения, как правило, представляют собой опросники шкалы самооценки. Среди них самые известные направлены на определение выраженности тревоги (шкала Спилбергера, Шихана) и депресоии (Бека, Гамильтона). В связи с тем, что испытуемый самостоятельно оценивает уровень собственной эмоциональности, результаты перечисленных шкал следует сравнивать с кли-

ническими показателями. Их использование обосновано в большей степени при оценке эффективности терапевтических мероприятий.

Одним из наиболее значимых в оценке эмоциональных нарушений является проективный *тест цветовых выборов Люшера.* С его помощью удается определить уровень стресса (тревоги). Тест Люшера представляет собой набор карточек разного цвета (обычно используется восьмицветный тест). Испытуемому предлагается расположить их по мере снижения симпатии к цвету — на первое место поставить самый приятный на момент обследования цвет, на последнее — самый неприятный. Исследование повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека.

Символика цвета, по мнению Л. Н. Собчик, уходит корнями в истоки существования человека на земле и связана с эмоциональной оценкой явлений природы (солнца, плодов, ночи, крови и пр.). Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый), а также отметил, что постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия, на второе — с целью, к которой человек стремится, на третье и четвертое — с эмоциональной оценкой истинного положения вещей, на пятое и шестое — с невостребованными в данный момент резервами, на последние места — с подавленными потребностями.

В аффективной сфере *синий цвет* ассоциируется с крайней чувствительностью человека, повышенной тревожностью и вследствие этого с потребностью в эмоциональном комфорте, покое.

Зеленый цвет указывает на повышенную чувствительность человека к оценке его со стороны окружающих, к критике.

Красный — демонстрирует жизнерадостность, оптимистичность и раскованность чувств.

Желтый — указывает на эмотивность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживаний, а также эмоциональную незрелость.

Фиолетовый— трактуется как эмоциональная неустойчивость, напряженность.

Коричневый — отражает тревожность с соматическими эквивалентами.

Черный — отражает агрессивность, озлобленность, дисфорию.

Серый — указывает на усталость, безразличие.

3.4. Экспериментальное нейропсихологическое исследование

Экспериментально-нейропсихологическое исследование направлено на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий и по-

знавательных процессов. Оно применяется чаще в неврологической и психиатрической клиниках. Изучаются нарушения речи, письма, чтения, счета праксиса, восприятия шумов, ритмов и мелодий, нарушений схемы тела, ориентировки в пространстве, исследование стереогнозиса, зрительного гнозиса.

Контрольные вопросы

1. Назовите основные методы исследования в психиатрии и наркологии.
2. Каковы принципы проведения клинического интервью в психиатрии?
3. Сколько этапов включает в себя клиническое интервьюирование?
4. Каковы функции клинического интервью?
5. Что подразумевает принцип проверяемости получаемой информации при проведении интервью?
6. Какие этические положения применяются при проведении интервью?
7. Для оценки какой сферы психической деятельности используется методика пиктограммы?
8. Что является основным методом исследования в психиатрии и наркологии?
9. Для оценки каких психических расстройств применяются методы нейропсихологической диагностики?
10. Какие расстройства можно выявить с помощью теста Люшера?

Глава 4

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ

4.1. Сферы психической деятельности

В психиатрии традиционно выделяют несколько значимых для клинической практики психических процессов, или сфер психической деятельности: 1) ощущения, 2) восприятие, 3) внимание, 4) память, 5) мышление или ассоциативный процесс, 6) интеллект, 7) эмоции, 8) воля, 9) сознание. Подобное разделение психических процессов носит во многом условный характер, поскольку их функционирование на уровне организма и личности носит интегративный характер. Однако при различном характере и тяжести патологии по-разному страдают отдельные познавательные процессы. Вследствие этого психопрофилактика заболеваний и реабилитационные мероприятия с пациентами должны быть

нацелены на патогенетически значимые психические состояния и процессы.

В рамках психиатрии и наркологии упор делается на оценку перечисленных выше познавательных процессов, тогда как изучение и анализ иных процессов (например, деятельности, воображения) считается менее значимым. Данное положение обусловлено как традициями, существующими в психиатрии, так и реальным вкладом, значимостью особенностей функционирования тех или иных познавательных процессов в пато- и саногенезпсихических заболеваний.

4.2. Ощущения и расстройства ощущений

Под *ощущением* понимается процесс отражения отдельных свойств предметов объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств. Расстройства ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одними из элементарных (простых) психических явлений. Они могут носить осознаваемый или неосознаваемый характер и существенно влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что способно существенным образом влиять на процесс диагностики.

Порог ощущений. Важной характеристикой ощущений является понятие «порог ощущения» — величины раздражителя, способной вызвать ощущение. Различают абсолютный, дифференциальный и оперативный пороги ощущений. *Абсолютным нижним порогом ощущений* (*или порогом чувствительности*) называют минимальную величину раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение. *Абсолютным верхним порогом ощущений* называют максимально допустимую величину внешнего раздражителя. Под *дифференциальным порогом ощущений* понимают минимальное различие между двумя раздражителями либо между двумя состояниями одного раздражителя, вызывающее едва заметное различие ощущений. *Оперативным порогом ощущений* определяется наименьшая величина различия между сигналами, при которой точность и скорость различения достигают максимума.

Ощущения могут возникать в различных органах чувств и по данному критерию ощущения разделяются на *зрительные*, *слуховые*, *вкусовые*, *обонятельные*, *осязательные*. Существуют средние значения абсолютных порогов возникновения ощущений для разных органов чувств человека (*Р. С. Немов*):

органы чувств — величина абсолютного порога ощущений (в виде условий для возникновения едва заметное ощущения данной модальности);

зрение — способность воспринимать ясной темной ночью пламя свечи на расстоянии до 48 см от глаза;

слух — различение тикания наручных часов в полной тишине на расстоянии до 6 м;

вкус — ощущение присутствия одной чайной ложки сахара в растворе, содержащем 8 л воды;

запах — ощущение наличия духов при лишь одной их капле в помещении, состоящем из 6 комнат;

осязание — ощущение движения воздуха, производимого падением крыла мухи на поверхности кожи с высоты около 1 см.

Ощущения могут характеризоваться по громкости, яркости, высоте звуков.

Виды ощущений. Выделяют следующие виды ощущений в зависимости от механизмов (источников) их возникновения:

экстероцептивные (обусловленные воздействием раздражителей на рецепторы нервных окончаний поверхности кожи или слизистых);

интероцептивные (вызванные воздействием раздражителя на нервные окончания, иннервирующие внутренние органы и располагающиеся в стенках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и других органов);

проприоцептивные (связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах).

Общими для всех видов ощущений считаются количественные и качественные изменения ощущений. К количественным относят следующие виды изменений:

анестезия — утрата способности ощущать различные виды раздражений;

гипоэстезия — снижение способности ощущать различные виды раздражений;

гиперестезия — повышение способности ощущать различные виды раздражений.

Потеря чувствительности (анестезия), как правило, распространяется на тактильную, болевую, температурную чувствительность и может захватывать как все виды чувствительности (*тотальная анестезия*), так и отдельные ее виды (*парциальная анестезия*).

По механизмам возникновения выделяют:

корешковую анестезию, при которой тотально нарушается чувствительность в зоне иннервации определенного заднего корешка спинного мозга;

сегментарную анестезию, при которой нарушения возникают в зоне иннервации определенного сегмента спинного мозга;

диссоциированную анестезию, при которой наблюдается отсутствие болевой и температурной чувствительности при сохранении проприоцептивной, или наоборот.

Особо выделяют нарушения чувствительности вплоть до ее исчезновения при некоторых заболеваниях. В частности, описана *леп-*

розная анестезия, возникающая в результате специфического поражения кожных рецепторов при лепре и характеризующаяся последовательным ослаблением и утратой температурной, затем болевой, а впоследствии и тактильной чувствительности при длительно сохраняющейся проприоцептивной чувствительности.

Хорошо известна *истерическая анестезия*, характеризующаяся функциональным исчезновением чувствительности у больных с диссоциативными (конверсионными) невротическими расстройствами при отсутствии органического поражения рецепторов, проводящих путей и центров нервной системы. В рамках истерической анестезии описаны нарушения болевой чувствительности по типу «чулок и перчаток». Они проявляются особым видом нарушения болевой чувствительности, при которой отмечаются четкие границы нарушений чувствительности, не соответствующие зонам иннервации определенных корешков или нервов.

Одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике феноменов является *гиперестезия*. Она входит в структуру астенического синдрома, являющего типичным и широко распространенным способом психического реагирования на заболевание. При этом гиперестезия захватывает, как правило, все сферы, но чаще отмечаются зрительная и акустическая гиперестезии.

Кроме гипо-, гиперанестезий, при которых нарушаются количественные показатели, выделяют качественные расстройства ощущений, например, *синестезию* — возникновение ощущения в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора. Так, пациент может испытывать неприятные вкусовые ощущения при определенных зрительных раздражителях; иметь, например, цветовые ощущения при воздействии на него звуковых раздражений (музыки).

Другой разновидностью патологических изменений ощущений являются *парестезии*, которые проявляются неприятными ощущениями онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек и др. Они могут возникать в различных частях тела, иметь тенденцию к перемещению. При этом больные становятся суетливыми, неусидчивыми, тревожными. У них отмечается повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с одеждой, постельным бельем. Могут иметь место вкусовые парестезии, хотя большинство из них затрагивает тактильную чувствительность.

Возникновение ощущений следует выявленным и описанным учеными законам. Среди них выделяется *психофизический закон Вебера-Фехнера*, который описывает зависимость силы ощущения от величины действующего раздражителя. В соответствии с данным законом величина ощущения прямо пропорциональна логарифму интенсивности действующего раздражителя; ощущение изменяется гораздо медленнее, чем растет сила раздражения, при

этом сила раздражения возрастает в геометрической, а рост ощущения при этом — в арифметической прогрессиях.

Показатели болевой чувствительности. Принципиальное значение для психиатрии имеют показатели болевой чувствительности, их личностные особенности и изменения при различных патологических состояниях и заболеваниях. Известны четыре основных типа отношения к боли (*А. К. Сангайло*):

тип 1 — порог боли низок — высока общая чувствительность к боли; порог предела выносливости наступает скоро, вслед за чувством боли — низкая выносливость болевого чувства;

тип 2 — порог боли низок — общая чувствительность к боли высока; порог предела выносливости к боли высок — выносливость к болевому чувству большая, болевое чувство легко переносится; интервал выносливости достаточен;

тип 3 — порог боли высок — чувствительность к боли невысока; интервал выносливости мал — поздно наступающее чувство боли переносится плохо, разрыв между порогом боли и выносливостью мал;

тип 4 — порог боли высок — общая чувствительность невысока, интервал выносливости достаточен — выносливость болевого чувства хорошая.

Роль формирования нарушения ощущений достаточно существенная, поскольку на базе ощущений происходит становление процесса восприятия реальности.

4.3. Восприятие и расстройства восприятия

В отличие от ощущений, которые отражают лишь отдельные свойства предметов или явлений, *процесс восприятия* демонстрирует субъективное психическое отражение предметов и явлений объективной действительности. Общим для этих процессов является тот факт, что они начинают функционировать лишь при непосредственном воздействии раздражения на органы чувств. В отличие от ощущений восприятие отражает предмет или явление в целом, в совокупности свойств.

Восприятие представляет собой качественно новую ступень познания и не сводится к сумме отдельных ощущений. Этому способствует процесс объективизации, т.е. локализации воспринимаемых образов в пространстве. Именно процесс осмысленного синтеза образа предмета или явления при активном их отражении является основным при восприятии. Вследствие этого значимым становится выделение основных свойств образа, складывающихся в процессе и результате восприятия. Их насчитывается четыре: предметность, целостность, константность и категориальность:

предметностью называется способность человека воспринимать мир не в виде набора не связанных между собой ощущений, а в

форме отделенных друг от друга предметов, обладающих определенными свойствами, вызывающими данные ощущения;

под *целостностью* восприятия понимается процесс, при котором воспринимаемый предмет, представленный неполным набором элементов, мысленно достраивается до целостной формы;

константность определяется как способность воспринимать предметы постоянными по различным параметрам (форме, цвету, консистенции, величине), независимо от меняющихся физических условий восприятия;

категориальностью обозначается способность человеческого восприятия обобщать, относить воспринимаемый предмет к определенному классу (именно вследствие данного свойства человеком в воспринимаемом предмете обнаруживаются типичные признаки, свойственные предметам данного класса).

Описанные свойства восприятия обусловлены принципами восприятия предметов, обнаруженных М. Вертгеймером и описанных в гештальтпсихологии:

1. Чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ (*принцип близости*).

2. Похожие элементы обнаруживают тенденцию к объединению (*принцип сходства*).

3. Элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, форму, контуры (*принцип «естественного продолжения»*).

4. Элементы зрительного поля имеют тенденцию с созданию целостного, замкнутого изображения (*принцип замкнутости*).

Восприятия, так же как и ощущения, распределяются по органам чувств: *зрительные*, *слуховые*, *вкусовые*, *осязательные*, *обонятельные*. Особо выделяется *восприятие человеком времени*, которое может существенно изменяться под влиянием различных патологических состояний и болезней, а также входит в структуры особенностей характера в виде такого качества, как структурирование времени. Не менее значимым является *восприятие собственного тела и его частей*.

Из специфических и патологических изменений, расстройств восприятия выделяют: *эйдетизм*, *иллюзии*, *галлюцинации*, *дереализационные и деперсонализационные нарушения восприятия*, *агнозии*.

ИЛЛЮЗИИ — это искаженное восприятие реального объекта.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

ЭЙДЕТИЗМ — след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

Иллюзии представляют собой отклонения восприятия конкретного воспринимаемого объекта по форме, цвету, величине, консистенции, константности, удаленности от воспринимаемого. Зрительные иллюзии проявляются в виде искажения зрительного образа (восприятие висящего в шкафу пальто реальным человеком на основании схожести контуров). В ряду зрительных восприятий особо выделяют *парейдолические иллюзии*, при которых происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных воспринимаемых особенностей объекта (трещины или рисунок на стене воспринимается как образ животного). *Слуховые* иллюзии характеризуются нарушением восприятия реальных шумов, звуков, которые могут восприниматься как речь или иные звуки (резкий шум за дверью может восприниматься как звонок в дверь в случае аффективной напряженности человека, крик на улице — как отклик по имени). *Вкусовые* иллюзии проявляются видоизменением обычного для объекта вкуса (появления «привкуса»); *обонятельные* иллюзии — запаха. В психиатрической и наркологической практике нередки появления осязательных (тактильных, болевых, температурных) иллюзий, формирующихся на базе реальных ощущений. Обычно появлению иллюзий способствуют какие-либо физиологические или психологические (аффективные) особенности.

К особому виду зрительных иллюзий относят *дереализационные расстройства*, при которых существенно изменяется восприятие объектов. К ним относятся: микропсия, макропсия, дисмегалопсия, порропсия.

МИКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

МАКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

ДИСМЕГАЛОПСИЯ — расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

ПОРРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде изменения расстояния, при котором предметы кажутся расположенными дальше или ближе, чем на самом деле.

Наиболее яркими нарушениями процесса восприятия считаются *галлюцинации*, которые существенно меняют поведение человека и могут служить болезненными побудителями к действиям. В отличие от иллюзий галлюцинации возникают вне зависимости от существования объекта и в подавляющем большинстве случаев сопровождаются убежденностью больного в реальности галлюцинаторных образов. Зрительные и слуховые галлюцинации разделяются на простые (*фотопсии* — восприятие ярких вспышек света, кругов, звездочек; *акоазмы* — восприятие звуков, шума, треска,

свиста, плача) и сложные (*вербальные* — восприятие членораздельной фразовой речи).

Существенным для диагностического процесса представляется разделение галлюцинаций на *истинные* и *ложные* (*псевдогаллюцинации*), дифференциально-диагностические критерии которых представлены ниже.

Истинные галлюцинации — имеют реальную* проекцию галлюцинаторного образа во вне; яркость, звучность, громкость, интенсивность галлюцинаторных образов.

Псевдогаллюцинации — не имеют реальной проекции галлюцинаторного образа во вне; навязанный, «сделанный» характер галлюцинаторных образов; тусклость, размытость, приглушенность галлюцинаторных образов; возможность на время заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов; императивный или комментирующий характер галлюцинаторных образов (чаще вербальных).

Следует обратить внимание на один из основных критериев дифференциации истинных и ложных галлюцинаций — реальность проекции галлюцинаторного образа. Суть его заключается в том, что при истинных галлюцинациях пациент указывает место расположения образа, как правило, во вне и на реальном для восприятия расстоянии (например, видимый им образ человека на улице, а не на луне; слышимый за стеной, а не с расстояния тысячи километров или из головы).

Дифференциация истинных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями допустима лишь в случаях зрительных и слуховых обманов восприятия (*В.Х. Кандинский*), в то время как на обонятельные, тактильные, вкусовые галлюцинации приведенные выше критерии не распространяются.

К особым разновидностям нарушений восприятия относят *сенестопатии* — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся больным описанию ощущения в различных частях тела, воспринимаемые как мигрирующие образы.

Дифференциация сенестопатий и парестезий представляет значительные сложности, однако значима для диагностического процесса. Парестезии могут встречаться при многих неврологических и соматических заболеваниях, а сенестопатии считаются симптомом психических нарушений.

Восприятие собственного тела играет особую роль в формировании психологии больного и его реагировании на заболевания. В неврологической и психиатрической клиниках нередки случаи *соматоагнозий* и *деперсонализационных расстройств* (*или нарушений схемы тела*).

---

* Реальная проекция — место в пространстве, которое с помощью органов чувств может быть воспринято.

При первой патологии происходит не столько нарушение процесса восприятия, сколько процесса узнавания. Два этих процесса тесно связаны между собой. В психологии *узнаванием* называется опознание воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту. Выделяют *сукцессивное* и *симультантное узнавание.* При сукцессивном узнавании происходит опознание при помощи выдвижения и перебора гипотез, когда после чувства знакомости возникает полное опознание предмета или явления. При симультантном (мгновенном) этот процесс единовременен. Из расстройств узнавания выделяются *соматоагнозии*, *нарушения узнавания знакомых людей и окружающей знакомой обстановки.*

Соматоагнозия — расстройство узнавания частей собственного тела. Как правило, соматоагнозия встречается при неврологических заболеваниях и поражении определенных участков и областей коры больших полушарий головного мозга. Выделяют следующие формы соматоагнозии: *пальцевую аутотопагнозию* (утрата способности узнавать и показывать пальцы на своей руке и руке другого человека при поражении левой теменной доли); *аутотопагнозию позы* (при поражении верхнетеменной области левого полушария), *аутотопагнозию половины тела* (при поражении верхнетеменных структур) и *нарушение ориентировки в правом—левом* (при поражении левой теменной доли у правшей).

Б.В.Зейгарник выделяет, наряду с перечисленными агнозиями, *псевдоагнозии* при деменции, которые выявляются у больных при экспозиции силуэтных и пунктирных картинок. Появление феномена псевдоагнозий связано с выпадением и расстройством смысловых компонентов, которые приводят к патологии ортоскопического восприятия.

В круг расстройств, при которых нарушается опознание знакомых людей, включается *симптом Фреголи* и *синдром Капгра*, которые можно считать смешанными по генезу, поскольку, наряду с изменениями восприятия, важными при их формировании являются мыслительные нарушения.

Симптом Фреголи — нарушение узнавания окружающих больного лиц вследствие быстрого намеренного изменения ими внешности.

Синдром Капгра — нарушение узнавания и идентификации знакомых людей с наличием убежденности в том, что окружающие являются двойниками, близнецами знакомых людей или загримированными под них. Описано четыре формы синдрома:

а) иллюзорная форма ложного узнавания;

б) бредовая форма;

в) иллюзорно-бредовая;

г) ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами.

В геронтологической клинике нередки нарушения узнавания собственного изображения в зеркале (*симптом зеркала*).

Из расстройств, затрагивающих восприятие собственного тела или его частей, выделяется группа *деперсонализационных расстройств.* К расстройствам восприятия позволительно относить только те, которые не сопровождаются патологическими бредовыми идеями и по отношению к которым пациенты полностью или частично критичны.

Деперсонализация — искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

Деперсонализацию (*аутометаморфопсию*) разделяют на парциальную и тотальную. При парциальной происходит нарушение восприятия отдельных частей тела, при тотальной — всего тела. Разновидностью аутометаморфопсии является *синдром Алисы в стране чудес.* Он характеризуется сочетанием деперсонализационных расстройств с явлениями дереализации в виде искажения представлений о пространстве и времени, зрительными иллюзиями, чувством раздвоения личности. Возможно как пароксизмальное возникновение нарушений восприятия в виде удлинения, укорочения, отрыва конечностей, так и микро-, макропсии.

Вот как описаны переживания Алисы в стране чудес:

«Все страньше и страньше! — вскричала Алиса. От изумления она совсем забыла, как нужно говорить. — А теперь раздвигаюсь, словно подзорная труба. Прощайте, ноги! (В эту минуту она как раз взглянула на ноги и увидела, как стремительно они уносятся вниз. Еще мгновение — и они скроются из виду.)

— Бедные мои ножки! Кто же вас будет теперь обувать? Кто натянет на вас чулки и башмаки? Мне до вас теперь, мои милые, не достать. Мы будем так далеки друг от друга, что мне будет совсем не до вас... Придется вам обходиться без меня. Тут она призадумалась.

— Все-таки надо быть с ними поласковее, — сказала она про себя. — А то еще возьмут и пойдут не в ту сторону. Ну, ладно! На Рождество буду присылать им в подарок новые ботинки. И она принялась строить планы.

— Придется отправлять их с посыльным, — думала она. — Вот будет смешно! Подарки собственным ногам! И адрес какой странный!

«Каминный Коврик (что возле Каминной Решетки)

Госпоже Правой Ноге —

С приветом от Алисы».

— Ну что за вздор я несу!

В эту минуту она ударилась головой о потолок: ведь она вытянулась футов до девяти, не меньше...

Увы! было уже поздно; она все росла и росла. Пришлось ей встать на колени — а через минуту и этого оказалось мало. Она легла, согнув одну руку в локте (рука дошла до самой двери), а другой обхватив голову. Через минуту ей снова стало тесно — она продолжала расти. Пришлось ей выставить одну руку в окно, а одну ногу засунуть в дымоход.

Дальше расти было некуда».

Нередкими в клинике неврологических и психических заболеваний являются *нарушения восприятия времени.* Выделяется несколько нарушений восприятия времени (*Н. Н. Брагина* и *Т. А. Доброхотова*):

Остановка времени. Мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы — плоскими, двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми.

Растягивание времени. В ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту. Это ощущение иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным, «живым, движущимся», а серо-белое — цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или эйфоричным.

Утрата чувства времени. Ощущение, раскрываемое больным в других выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных — «более приятными».

Замедление времени. Ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь — «казенной». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимаются замедленными, их лица — «угрюмыми».

Ускорение времени. Ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям. В восприятии больного измененным воспринимается весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «неестественен», «нереален», люди воспринимаются как «суетливые», очень быстро движущиеся; хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело; с ошибками определяют время суток и длительность событий.

Обратное течение времени. Ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях: «время течет вниз», «время идет в обратном направлении», «я иду назад во времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду — минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно».

Как правило, перечисленные расстройства восприятия времени встречаются при поражении правого полушария головного мозга различного генеза.

4.4. Внимание и расстройства внимания

Под познавательным процессом, обозначаемым *вниманием*, понимается направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности. Внимание характеризуют так же, как процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств при одновременном игнорировании другой. Как правило, функция внимания существенно страдает при любом соматическим заболевании, а также имеет свои особенности при психической патологии.

В соответствии с характером подкрепления процесса внимания волевой деятельностью выделяют *непроизвольное* и *произвольное внимание.* Их различие заключается в степени контролирования человеком процессов внимания. Непроизвольное внимание складывается стихийно, т.е. направленность и сосредоточенность на объекте или виде деятельности диктуется объектом и текущими состояниями субъекта; в то время, как в механизмах произвольного внимания существенную роль играют общие навыки и умения к сосредоточенности, формирующиеся в процессе обучения.

На процесс внимания существенное влияние оказывают три фактора:

1) тип высшей нервной деятельности — темперамент;

2) навыки и умения в данной сфере;

3) заинтересованность человека в той или иной деятельности (аффективная вовлеченность), требующей сосредоточенности.

Внимание обладает пятью основными свойствами: устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.

Под *устойчивостью* внимания понимается способность в течение длительного времени сохранять состояние внимания на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь и не ослабляя внимание. Это свойство в большей степени зависит от состояния высшей нервной деятельности, чем от иных факторов. Именно поэтому данное свойство может входить в структуры некоторых характерологических особенностей (в частности, эпилептоидной и паранойяльной акцентуаций характера). Тесная зависимость устойчивости внимания с психофизиологическими процессами приводит к тому, что любое соматическое страдание, проявляющееся астеническими симптомами (быстрой утомляемостью, гиперестезией, слабостью, вялостью), нарушает данное свойство внимания.

Сосредоточенностью внимания называют способность концентрировать внимание на одних объектах при игнорирование иных. Сосредоточенность внимания в меньшей степени, чем устойчи-

вость, связана с психофизиологическими процессами. Причины большей или меньшей степени концентрации (сосредоточенности) кроются часто в мотивации. Деятельность человека, которая является значимой для него, интересует его, способна привести к большей сосредоточенности, чем безразличная и не интересная. Вследствие этого можно говорить о том, что нарушение концентрации внимания также может быть связано с мотивацией.

Переключаемость внимания характеризует способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без существенной потери свойства концентрации. В рамках этого свойства существенным оказывается скорость, с которой человек способен переключать внимание. О свойстве переключаемости можно судить как по оценке произвольного, так и непроизвольного внимания. В структуре упоминавшихся ранее акцентуаций характера (эпилептоидной и паранойяльной), устойчивость внимания часто сочетается с замедлением процесса переключаемости.

Способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов или деятельности, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности называется *распределением* внимания. Данное свойство существенно при работе, в которой требуется одновременный контроль за большим числом процессов. Подобной способностью обязаны обладать врачи и средний медицинский персонал, поскольку им одновременно приходится иметь дело с несколькими пациентами. На распределение внимания влияет утомление.

Под *объемом* внимания понимают количество информации, которое одновременно способно сохраняться в сфере внимания человека. Подсчитано, что средний объем внимания человека составляет 5—7 единиц информации.

Из патологических проявлений процесса внимания следует указать на такие, как *неустойчивость*, *недостаточная концентрация*, *нарушение распределения*, *замедленность переключения*, *рассеянность*.

На уровне клинических проявлений в детской практике выделяется *синдром дефицита внимания*. В него включаются следующие клинические признаки:

1. Беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, корчатся, «извиваются»).

2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда это требуется.

3. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.

4. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).

5. Склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопроса.

6. Сложности при выполнении предложенных заданий (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).

7. Сложности сохранения внимания при выполнении заданий или во время игр.

8. Частый переход от одного незавершенного действия к другому.

9. Невозможность играть тихо и спокойно.

10. Болтливость.

11. Склонность мешать другим, «приставать» к окружающим (например, вмешиваться в игры других детей).

12. Внешние проявления несосредоточенности на обращенную к человеку речи.

13. Склонность терять вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.).

14. Частое совершение опасных действий (недоучет последствий). При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

Учитывая тот факт, что выделение внимания в самостоятельный познавательный процесс многими учеными ставится под сомнение, среди психопатологических и патопсихологических проявлений симптомы и синдромы нарушения внимания представлены достаточно скудно.

4.5. Память и мнестические расстройства

Одним из наиболее значимых для психиатрии и наркологии познавательным процессом является мнестический процесс — память.

Память — это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, удерживании, воспроизведении и забывании информации. Она тесно связана с процессом внимания и лежит в основе способностей человека, позволяя воспроизводить жизненный опыт, извлекать из него важные для дальнейшей жизни параметры и на основании их планировать свои действия и прогнозировать результативность. Кроме того, патопсихологические мнестические нарушения лежат в основе многих психических заболеваний — от органических до психогенных.

У человека выделяют *произвольную* и *непроизвольную*; *опосредованную* и *логическую*; *зрительную*, *слуховую*, *обонятельную*, *двигательную*, *вкусовую* и *осязательную*, *долговременную* и *оперативную* память. Различие их базируется на волевой регуляции мнестического процесса, использования различных способов для запоминания информации, канала получения информации для запоминания и длительности ее хранения.

Учитывая клиническую направленность освещения функционирования мнестического процесса, остановимся подробнее лишь

на процессах, которые, в первую очередь, склонны нарушаться при возникновении соматической или психической патологии.

Под *запоминанием* понимается процесс запечатления информации, протекающий как в произвольной, так и в непроизвольной формах. Произвольное запоминание характеризуется наличием мнестической задачи, при непроизвольном — такой задачи нет. Запоминание осуществляется либо путем повторения, либо путем мгновенного запечатления.

Использование запечатленной информации осуществляется путем ее восстановления. Одной из форм подобного восстановления является узнавание, осуществляемое в условиях повторного восприятия информации. Таким образом, при узнавании происходит активизация как собственно мнестического процесса, так и процесса восприятия (о котором писалось выше).

Воспроизведение информации в отличие от узнавания осуществляется без повторного восприятия информации. Человек произвольно или непроизвольно может восстанавливать в памяти и воспроизводить полученную им ранее информацию. При различных психических состояниях по-разному может нарушаться как запоминание, так и воспроизведение.

Следующими мнестическими процессами являются *хранение информации* и *ее забывание*. Следует отметить, что они так же как запоминание и воспроизведение могут нарушать изолированно при некоторых психопатологических состояниях. *Хранением* называется мнестический процесс длительного удержания в памяти информации. Особым мнестическим процессом, значимым для клинической психиатрической практики, считается процесс *забывания*, т.е. утрата четкости или уменьшение объема закрепленного в памяти материала в сочетании в невозможностью его воспроизвести, а в некоторых случаях узнать известную информацию. Считается, что забыванию, в первую очередь, подвержена та информация, которая не играет существенной роли в дальнейшей деятельности человека.

Из законов памяти выделяют: *эффект Зейгарника* — незавершенные действия запоминаются лучше завершенных; *кривую забывания Эббингауза* — забывание особенно интенсивно происходит непосредственно после заучивания и не имеет линейной зависимости. Г. Эббингауз описал также ряд закономерностей запоминания:

простые события в жизни, сопровождающиеся сильными переживаниями (оказывающими впечатление), запоминаются быстрее, сохраняются прочнее и дольше;

сложные, но менее интересные события (эмоционально нейтральные) запоминаются хуже эмоционально значимых;

лучшему процессу запоминания и воспроизведения способствует повышенная концентрация и сосредоточенность внимания на информации;

между точностью воспроизведения и уверенностью в этой точности не всегда существует однозначная связь;

при запоминании длинного ряда лучше всего по памяти воспроизводится его начало и конец (*«эффект края»*);

для ассоциативной связи впечатлений и их воспроизведения важным является, составляют ли они логически связанное целое или представляют собой разрозненные элементы;

редкие, странные, необычные впечатления запоминаются лучше, чем привычные, банальные.

Патологические изменения памяти являются типичными для экзогенно-органических психических нарушений, т.е. их появление после черепно-мозговых травм, сосудистого, инфекционного заболевания головного мозга, нейроинтоксикаций является закономерным. В то же время, расстройства памяти не являются патогномоничными для шизофрении и иных эндогенных психических расстройств. Выделяют следующие расстройства памяти.

Амнезия — расстройство памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Как видно из определения амнезии, все три мнестических процесса могут нарушаться в рамках амнестических расстройств. При нарушении процесса запоминания возникает *фиксационная амнезия*, разновидностью которой является *перфорационная амнезия*. Фиксационная амнезия характеризуется нарушением запечатления получаемой человеком информации, резко ускоренным процессом забывания. При перфорационной амнезии информация фиксируется частично, часть ее не запечатлевается. Иногда подобное нарушение называют *палимпсестами* (утратой способности воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду интоксикации).

Нарушение процесса хранения и воспроизведения приводит к появлению «провалов памяти» — *ретроградной*, *антероградной*, *антероретроградной амнезии* (рис. 4.1).

Под ретроградной амнезией понимается нарушение памяти, при котором невозможно воспроизведение информации, приобретенной до возникшего с пациентом эпизода нарушенного сознания; при антероградной амнезии трудности воспроизведения за-

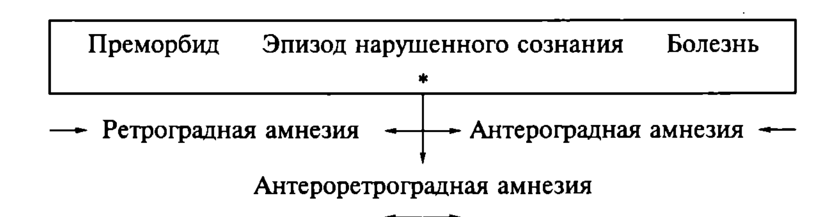


Рис. 4.1. Нарушение процесса хранения и воспроизведения памяти

трагивают время после эпизода нарушенного сознания; при антероретроградной — оба периода времени.

Нарушения памяти, наряду с тотальными, могут носить частичный характер. При снижении памяти говорят о *гипомнезии*, а при повышении памяти — *гипермнезии*. Данные расстройства часто формируются на базе эмоциональных нарушений. Гипомнезия сопровождает депрессивный спектр симптомов, а гипермнезия — маниакальный (например, эйфорию).

Наиболее типичными психопатологическими мнестическими расстройствами являются *парамнезии*, к которым относят: конфабуляции; псевдореминисценции, криптомнезии.

КОНФАБУЛЯЦИИ — обманы памяти, при которых неспособность запечатлевать события и воспроизводить их приводит к воспроизведению вымышленных, не имевшие места событий.

ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ — искаженное воспоминание о действительно происходившем факте.

КРИПТОМНЕЗИИ — расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Среди законов формирования мнестических расстройств наиболее известным считается *закон Рибо*, в соответствии с которым нарушения (утрата) памяти (так же как и ее восстановление) происходят в хронологическом порядке — вначале утрачивается память на наиболее сложные и недавние впечатления, а затем — на старые. Восстановление происходит в обратном порядке.

В психиатрической клинике у больных после черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга, гематом нередко встречается *Корсаковский амнестический синдром*, который включает в себя фиксационную амнезию и парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции). Часто у больных с амнестическим синдромом нарушается ориентировка в месте и времени.

4.6. Мышление и ассоциативные (мыслительные) расстройства

Мышлением называется процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности. Этот процесс в полной мере можно назвать высшим познавательным, поскольку именно мышление способствует порождению новых знаний, творчеству. С другой стороны, разнообразные нарушения мышления лежат в основе многочисленных психических расстройств.

Для того, чтобы способствовать получению верных знаний об объективной реальности, мышление должно отвечать таким параметрам, как *стройность*, *продуктивность*, *целенаправленность*, *темп* (*скорость*). Параметр стройности мышления (ассоциативного процесса) выражается в необходимости мыслить в соответствии

с логическими требованиями, а также грамматически корректно формулировать мысли. Под продуктивностью понимается требование мыслить так логично, чтобы ассоциативный процесс приводил к новым знаниям. Целенаправленность мышления диктует необходимость мыслить ради какой-либо реальной цели. Темпом мышления обозначается скорость протекания ассоциативного процесса, условно выражающаяся в количестве ассоциаций в единицу времени.

Выделяется несколько видов мышления: *наглядно-действенное, наглядно-образное, понятийное и образное.* Более простым и элементарным является наглядно-действенное мышление, наиболее ярко представленное у детей. При наглядно-действенном мышлении познание реальности происходит в процессе взаимодействия человека с объектами и преобразования ситуации, т.е. в процессе действий. Извлекая опыт из данного взаимодействия человек формирует представление о предмете или явлении и может далее опосредованно и обобщенно познавать иные.

Другим является наглядно-образный вид мышления. При нем познание объективной реальности происходит посредством преобразования образов восприятия в образы-представления.

Более сложными являются понятийное и образное мышления, которые относят к теоретическим видам мышления. При понятийном виде мышления человек выполняет действия в уме (в отличие от наглядно-действенного и наглядно-образного видов мышления, нуждающихся в реальных объектах), используя ранее приобретенные понятия, суждения и умозаключения о реальном мире. Образное мышление отличается лишь тем, что человек манипулирует в уме не понятиями, суждениями и умозаключениями, а образами.

Немаловажными характеристиками мыслительного процесса являются мыслительные операции: *анализ, синтез, обобщение, абстрагирование, конкретизация.* Каждая из перечисленных операций способствует более глубокому проникновению в суть вещей, понимания внутренних связей, а значит, более точному познанию реальности.

АНАЛИЗ — мыслительная операция по расчленению предмета на составные элементы.

СИНТЕЗ — построение целого из аналитически заданных частей.

ОБОБЩЕНИЕ — мысленное выделение и фиксация устойчивых свойств предметов и явлений (абстрагирование) с дальнейшим их соединением в определенный класс.

АБСТРАГИРОВАНИЕ — в отличие от обобщения обозначает только операцию выделения и фиксации устойчивых свойств предметов и явлений, которые в действительности не существуют.

КОНКРЕТИЗАЦИЯ — мыслительная операция, обратная обобщению, т. е. из общего определения понятия выводится суждение о принадлежности единичных вещей и явлений определенному классу.

Наряду с перечисленными выше видами и операциями мышления, выделяют мыслительные процессы: *понятие*, *суждение* и *умозаключение*.

ПОНЯТИЕ — процесс выявления существенных признаков предметов или явлений.

СУЖДЕНИЕ — процесс сравнения двух или более понятий и формулирование на этом основании какой-либо мысли.

УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ — вывод, базирующийся на серии логических действий.

Умозаключение как заключительный процесс, приводящий к новому знанию, может формироваться либо при помощи *индукции*, либо *дедукции*. При первом способе умозаключение делается исходя из последовательности общего суждения к частному, при втором — от частного к общему.

Б. В. Зейгарник разделяет все нарушения мышления на четыре группы: 1) нарушения операционной стороны мышления, 2) личностного компонента мышления, 3) динамики мыслительных процессов, 4) процесса саморегуляции познавательной деятельности. К нарушениям операционной стороны мышления относятся *снижение уровня обобщений* и *искажение процесса обобщения*. При снижении уровня обобщений оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. Клинически это проявляется склонностью к конкретизации мышления. *Конкретность* — расстройство мышления, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

В противоположность снижению уровня обобщений при искажении процесса обобщения происходит отрыв суждений человека от конкретных, частных, единичных связей. В суждениях отражаются лишь случайные и несущественные (латентные) признаки предметов или явлений. Процесс мышления представляет собой необоснованное теоретизирование по конкретным проблемам. Речь при этом становится вычурной, витиеватой. Клинически искажение процесса обобщения проявляется резонерством.

Нарушения личностного компонента мышления проявляются *разноплановостью мышления, снижением критичности и саморегуляции*. Происходит утрата целенаправленности мыслительного процесса.

К нарушениям динамики мыслительной деятельности относят *лабильность* и *инертность* мышления: при первом отмечается неустойчивость способа выполнения мыслительных операций, легкий переход от одного к другому; при втором — противоположные тенденции: тугоподвижность мышления, ригидность, трудности переключения.

Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности выражается в невозможности целенаправленной организации мыслительных действий.

Учитывая тот факт, что мышление может нарушаться разнообразно, традиционно группировка расстройств мышления использует перечисленные выше параметры.

К расстройствам мышления по темпу относят: *ускорение* и *замедление мышления*, *ментизм*, *шперрунг*.

УСКОРЕНИЕ мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени.

ЗАМЕДЛЕНИЕ мышления — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

МЕНТИЗМ — «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени, не сопровождающееся изменением речи больного, возникающее приступообразно и непроизвольно (разновидность ассоциативного автоматизма).

ШПЕРРУНГ — «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

К расстройствам мышления по стройности относят: *разорванность*, *соскальзывания*, *бессвязность*, *инкогеренцию* и *вербигерацию*.

РАЗОРВАННОСТЬ — расстройство мышления, при котором нарушается логическая связь в предложении при сохраненной грамматической.

СОСКАЛЬЗЫВАНИЕ — расстройство мышления (более «легкая» степень разорванности).

БЕССВЯЗНОСТЬ — расстройство мышления, при котором нарушается логическая и грамматическая связи в предложениях.

ИНКОГЕРЕНЦИЯ — расстройство мышления, при котором нарушается связь между слогами в произносимых словах.

ВЕРБИГЕРАЦИЯ — расстройство мышления, при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов.

Нарушения целенаправленности мыслительного процесса встречаются при таких симптомах, как: *разноплановость*, *обстоятельность*, *резонерство*, *персеверации*.

РАЗНОПЛАНОВОСТЬ — расстройство мышления, при котором отмечается формирование суждений, исходя из разных принципов.

ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ — расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ — расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

РЕЗОНЕРСТВО — «бесплодное мудрствование» (рассуждение ради рассуждения).

Расстройства мышления по продуктивности наиболее яркие и частые признаки психических заболеваний. К ним относятся *навязчивые*, *сверхценные* (*доминирующие*) и *бредовые идеи*.

НАВЯЗЧИВЫЕ ИДЕИ — мысли, представления, воспоминания, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.



Рис. 4.2. Разновидности бредовых идей

СВЕРХЦЕННЫЕ (ДОМИНИРУЮЩИЕ) ИДЕИ — идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

БРЕДОВЫЕ ИДЕИ — суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Выделяют две разновидности бредовых идей, различающихся механизмами формирования бреда: интерпретативный бред и образный бред (рис. 4.2). При первом патологические идеи (суждения и умозаключения) возникают в результате нарушений логики на всех этапах бредообразования; при втором — бред проистекает из расстройств восприятия (патологических образов и представлений).

4.7. Интеллект и нарушения интеллекта

Интеллектом в психологии называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности. Выделяется три формы интеллектуального поведения: 1) вербальный интеллект, включающий запас слов, эрудицию, умение понимать прочитанное; 2) способность решать проблемы; 3) практический интеллект, составными частями которого являются умение адаптироваться к окружающей обстановке.

Для психиатрии и наркологии наиболее значимым считается оценка практического интеллекта, поскольку именно он в значительной степени может изменять поведение человека и нарушать адаптацию. В структуру практического интеллекта входят процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий, адекватной самооценки и способность рационально действовать в новой обстановке.

Интеллектуальное поведение является более сложной сферой психической деятельности, включающей в себя некоторые познавательные процессы. Однако интеллект нельзя считать лишь простой суммацией этих познавательных процессов. В частности, предпосылками интеллекта являются внимание и память, однако только ими не может исчерпываться понимание сущности интеллектуальной деятельности, так же как интеллектуальная деятельность не может быть заменена мыслительной.

Выделяют три формы организации интеллекта: *здравый смысл*, *рассудок* и *разум*. Они отражают различные способы познания объективной реальности, в частности, в сфере межличностных контактов, и методы ее преобразования на основе полученных знаний. Под здравым смыслом подразумевают процесс адекватного отражения реальной действительности, базирующийся на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления. Здравый смысл позволяет человеку избегать логических ошибок при оценке и интерпретации внешних ситуаций и в соответствии с этим выбирать наиболее адекватный способ взаимодействий с окружающими.

Рассудком обозначается процесс познания реальности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок мотивов деятельности участников коммуникации. Разум — это высшая форма организации интеллекта, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческого преобразования действительности. По-другому, разумом обозначается наивысшая ступень логичности, проявление рациональности, отграниченной от каких бы то ни было моментов спонтанности, произвола, фантазии, интуитивных прозрений (*Н. С. Автономова*).

Интеллектуальное познание может использовать *рациональный* и *иррациональный* способы. Рациональное близко к научному подходу в оценке событий и явлений, т.е. оно требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждение. Иррациональное опирается в познании на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности и не требует использовать для доказательства истинности логических законов.

Тесно переплетаются с понятиями здравого смысла и разума *антиципационные* (*прогностические*) *способности*. Под ними понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий, планировать свою деятельность с целью избежания нежелательных последствий и переживаний и адаптации к окружению.

Немаловажной составляющей разума является *рефлексия* — процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.

Нарушения интеллекта, как правило, описывают на основании различной степени снижения способностей к решению проблем и задач, снижению мыслительных способностей. Нередко для оценки нарушений интеллекта используется оценка общих и специальных знаний и умений. Наиболее яркими симптомами и синдромами расстройств интеллектуальной деятельности являются признаки *деменции* и *умственной отсталости*.

ДЕМЕНЦИЯ — психопатологический синдром, включающий снижение интеллекта в силу нарушения высших корковых функций, памяти, внимания, мышления и проявляющийся нарушениями ориентировки, способности к обучению.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ — состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениями способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивной, речевой, моторной и социальной).

4.8. Эмоции и аффективные расстройства

Эмоциями называются психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на индивида явлений и ситуаций. Возникновение эмоций происходит либо вследствие удовлетворения или неудовлетворения каких-либо потребностей человека, либо в связи с расхождением ожидаемых и реальных событий.

Эмоциональные переживания могут отличаться друг от друга в зависимости от *интенсивности*, *модальности*, *длительности*, *соответствия или несоответствия вызвавших их причин*. Под интенсивностью понимают степень выраженности, глубины переживания

(от слабой до сильной). Модальностью называют спектр, доминирующую направленность переживания. Длительность характеризуется временной протяженностью переживания, скоростью возникновения и исчезновения.

Можно отметить несколько измерений эмоций: возбуждение—успокоение, разрядка—напряжение, удовольствие—неудовольствие, которые составляют определенные модальности: раздражение—гнев, радость, тревога—страх, тоска и т.д.

Наряду с эмоциями, т.е. переживаниями, связанными с непосредственным отражением сложившихся отношений, выделяют глубокие и длительные переживания, связанные с определенным представлением о некотором объекте, — *чувства.* В психиатрии значимыми для оценки психического состояния пациентов оказываются как эмоции и чувства, так и *аффекты* и *страсти.*

АФФЕКТЫ — особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении.

СТРАСТЬ — своеобразный сплав эмоций, мотивов и чувств, сконцентрированных на определенном виде деятельности.

Аффекты являются потенциально опасными эмоциональными феноменами, поскольку могут приводить к дезорганизации поведения и немотивированным поступкам. Различают *физиологический* и *патологический аффект.* Существенным дифференциально-диагностическим признаком является наличие или отсутствие нарушений сознания. При физиологическом аффекте нарушения сознания отсутствуют, при патологическом — присутствуют, что предопределяет появление или не появление автоматизмов в двигательно-волевой сфере и амнезии вслед за прекращением аффекта.

Патологический аффект возникает, как правило, после острой психической травмы. Он характеризуется сужением сознания по типу сумеречного расстройства, нарушениями ориентировки, чрезмерной жестикуляцией, речевой расторможенностью и психомоторным возбуждением. Заканчивается патологический аффект в отличие от физиологического появлением общей слабости, безразличием к происходящим событиям и глубоким сном. После пробуждения больной выглядит растерянным, не помнит, что с ним произошло, нередко подавлен.

Выделяют также такие разновидности аффективных реакций, как реакцию смещенного аффекта и негативистическую реакцию «назло». При реакции смещенного аффекта направленность реагирования не соответствует источнику, вызвавшему ее. К примеру, после скандала с мужем жена, не имея возможности отреагировать в силу семейных традиций, устраивает скандал случайно оказавшейся рядом дочери. При аффективной реакции «назло», которую называют также инфантильной, человек эмоционально реагирует не только назло, т.е. во вред человеку, который вызвал неприятные

переживания, но и во вред себе. («Вот заболею назло вам и умру», — говорит маленький сын родителям и выходит голый на улицу.)

Наиболее сложным является оценка адекватности и неадекватности (патологичности) эмоционального переживания, отнесения его к норме или патологии. В связи с этим обратимся к понятию *стресса*, введенного Г. Селье. Стрессом называется неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, характеризующееся выраженными эмоциональными переживаниями (аффектами). Стресс может носить негативный характер (*дистресс*), приводящий к развитию патологии эмоций, и позитивный, мобилизующий (*эустресс*).

В клинической психологии большое значение придается стрессу, формирующемуся психологическим путем после психогенного воздействия, вслед за психотравмой. Психическая травма — это значимое для человека событие, вызывающее негативные эмоции вследствие того, что данное событие не способствует удовлетворению какой-либо потребности и часто оказывается неспрогнозированным.

Количество эмоциональных феноменов значительно превышает количество проявлений иных познавательных процессов. Остановимся лишь на наиболее ярких, распространенных и важных для оценки психологического состояния соматических и психических больных.

ДЕПРЕССИЯ (депрессивный синдром) — пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

МАНИЯ (маниакальный синдром) — повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

ЭЙФОРИЯ — повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение.

ДИСФОРИЯ — злобно-гневливое настроение.

АПАТИЯ — состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

СЛАБОДУШИЕ — эмоциональная гиперестезия («недержание эмоций»).

ПАРАТИМИЯ — неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

СТРАХ — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх острых предметов, животных и т.д.).

ТРЕВОГА — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется во вне — тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т.д.).

ТОСКА — тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

БЕСПОКОЙСТВО — чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

ЧУВСТВО ПОТЕРИ ЧУВСТВ — мучительное чувство бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствовать.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ — одновременное сосуществование противоположных чувств.

Немаловажным для психиатрической практики считается симптом *алекситимии* — затруднении или неспособности точно описать собственные эмоциональные переживания. При этом пациент пытается объяснить свое состояние на примерах, сравнениях, однако адекватно сформулировать их не может.

Под *ангедонией* понимается утрата человеком чувства радости, удовольствия. Как правило, ангедония входит в структуру депрессивно-деперсонализационного синдрома. К числу повышенно значимых для эффективного проведения лечебного процесса относится такое эмоциональное переживание как *эмпатия* — способность человека точно распознать эмоциональное состояние собеседника и сопереживать ему. Эмпатию можно назвать эмоциональной отзывчивостью. При попытке описать ровное настроение нередко используют термин *синтонность.*

При повышенной чувствительности, проявляющейся легкой ранимостью, говорят об *эмотивности.*

Особо следует остановиться на эмоциональных переживаниях, возникающих вследствие рассогласования прогноза и реальности. Суть их заключается в том, что человек часто ожидает от окружающих определенного стереотипа поведения. Он прогнозирует поступки людей и наделяет те или иные последствия характеристиками желательности и нежелательности. Ожидания (экспектации) однако не всегда оправдываются. Это происходит как вследствие мыслительных особенностей человека (в частности, использования каузальной атрибуции), так и потому, что потребность в удовлетворении какой-либо деятельности блокирует процесс адекватного прогнозирования.

Из эмоциональных переживаний, которые возникают вследствие нарушения экспектационного и антиципационного механизмов, выделяются *обида*, *разочарование*, *аффект недоумения*, *удивление* и некоторые иные. Считается, что наиболее яркими примерами формирования эмоциональных переживаний вследствие разнонаправленных способов прогнозирования являются обида и удивление. Удивление возникает в случаях, когда реальность превосходит ожидания («думал, что человек обманет, а он поступил благородно»); обида — при обратной закономерности («предполагал, что человек должен быть благодарен и ответить взаимностью, а он поступил неблагородно»).

Наиболее частым симптомом нарушения аффективной сферы в психиатрической клинике считается *страх.* Выделяют несколько сотен разновидностей страха, при этом о патологичности или физиологичности страхов говорится довольно условно, поскольку

страхи могут являться адекватной, мобилизующей реакцией на реальную угрозу. По данным некоторых исследователей, у 40% людей отмечается страх перед змеями, у 31% — страх высоты, у 21% — лечения у стоматолога, у 15% — смерти.

Многие люди даже не подозревают о наличии у них какой-либо разновидности страха до того, пока не столкнутся с соответствующей ситуацией. Например, страх высоты у многих сельских жителей впервые возникает в городе при выходе на балкон многоэтажного дома. Кроме того, детские страхи являются скорее правилом, чем исключением.

Для оценки степени патологичности страхов используют параметры *адекватности* (*обоснованности*), *интенсивности*, *длительности*, *степени контролируемости человеком чувства страха*. Под обоснованностью понимают соответствие выраженности страха степени реальной опасности, исходящей из ситуации или от окружающих людей. Так, навязчивый страх умереть от падения кирпича на голову можно считать малообоснованным по сравнению со страхом умереть от иной травмы. Интенсивность и контролируемость определяются на основании дезорганизации деятельности и самочувствия человека, охваченного страхом, и способности преодолевать его. Длительность страха характеризуется продолжительностью по времени. Если страх становится навязчивым, т.е. переживается пациентом часто, плохо контролируется и существенно нарушает самочувствие и деятельность человека, то он обозначается как *фобия*.

Наиболее частой является *агорафобия* — страх открытых пространств и *клаустрофобия* — страх закрытых помещений. Данные разновидности фобий обусловлены навязчивым страхом, что с человеком именно в закрытых помещениях или открытых площадях может произойти что-то трагическое. Например, агорафобия может проявляться страхом перехода улиц, площадей, по которым движется поток машин или толпа людей. Страшит человека не само открытое пространство, а то, что он может потерять сознание, упасть в обморок и быть затоптанным людьми или сбитым машиной в бессознательном состоянии. Сутью клаустрофобии является страх, что нахождение в замкнутом или изолированном помещении (лифте, вагоне трамвая или салоне автобуса) также может оказаться серьезным препятствием для оказания человеку помощи в случае, к примеру, обморока.

Тяжело человеком переживаются так называемые *социофобии*, разнообразные навязчивые страхи, объединенные опасением осуждения человека со стороны окружающих (социума) за какие-либо действия: страх покраснеть при людях (*эрейтофобия*), страх не сдержать газы, страх рассмеяться в неподходящее время и в неподходящем месте. К *нозофобиям* относятся навязчивые страхи заболеть каким-либо заболеванием: *канцерофобия* (раком), *спидофобия*

(СПИДом), *сифилофобия* (сифилисом), *лиссофобия* (страх сойти с ума).

Уникальную группу составляют так называемые *контрастные навязчивости*, сочетающие эмоциональные переживания и нарушения мотивации. При контрастных навязчивостях страх возникает по поводу возможных действий пациента, которые он может, но не желает совершить.

4.9. Воля и двигательно-волевые расстройства

Волевая сфера в рамках познавательных процессов представлена мотивационным аспектом. При этом существенным является оценка влияния мотивационных процессов и активности личности в познании действительности.

Важны такие особенности волевой деятельности как *целеустремленность*, *решительность* и *настойчивость*, которые могут выступать также в виде индивидуально-психологических особенностей.

Мотивацией называется процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. В мотивационной сфере выделяют несколько параметров: широта, гибкость и иерархизированность (*Р. С. Немов*). Данные параметры характеризуют процесс мотивации с различных позиций, охватывая как качественное разнообразие, возможность ее изменяться, так и уровневое строение.

Наряду с мотивами и потребностями, которые могут выражаться в *желаниях* и *намерениях*, побудителем человеческой познавательной деятельности может быть и *интерес*. Именно данное мотивационное состояние играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний и отражении действительности.

Для психиатрии значимым является факт тесной связи мотивации и активности с двигательными процессами. В связи с этим нередко волевая сфера обозначается как двигательно-волевая.

К нарушениям волевой деятельности относится большое количество симптомов и отклонений. Одним из наиболее важных является *нарушение структуры иерархии мотивов*, часто встречающееся в условиях психической болезни. Суть нарушения заключается в отклонении формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей потребностей.

Другим нарушением считается *формирование патологических потребностей* и *мотивов* (*Б. В. Зейгарник*). В клинике данное нарушение проявляется такими симптомами, относящимися к *парабулиям*: анорексия, булимия, дромомания, пиромания, клептомания, суицидальное поведение, дипсомания.

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита, подавление желания есть.
БУЛИМИЯ — патологическое желание постоянно часто и много есть.

КЛЕПТОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение воровать ненужные данному человеку предметы.

ПИРОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к поджогам.

ДИПСОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к запоям.

ДРОМОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству.

Кроме перечисленных в детской клинике описаны синдромы патологического непреодолимого влечения выдергивать волосы (*трихотилломания*), грызть и поедать ногти (*онихофагия*), считать окна в домах, ступени на лестницах (*арифмомания*).

Наряду с парабулиями, описаны такие расстройства двигательно-волевой сферы, как *гипербулия*, *гипобулия*.

ГИПЕРБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

ГИПОБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы считается *кататонический синдром*. Он включает в себя несколько симптомов: *стереотипии*, *импульсивные действия*, *негативизм*, *эхолалии*, *эхопраксии*, *каталепсии*.

СТЕРЕОТИПИИ — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ — внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

НЕГАТИВИЗМ — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

ЭХОЛАЛИЯ, ЭХОПРАКСИЯ — повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии.

КАТАЛЕПСИЯ («симптом восковой гибкости») — застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

Особой разновидностью патологических признаков со стороны волевой сферы является симптом *аутизма*. Он проявляется утратой больным потребности общаться с окружающими с формированием патологической замкнутости, отгороженности и нелюдимости.

Среди психопатологических симптомов выделяет симптом *автоматизмов*. Автоматизмы характеризуются самопроизвольным и неконтролируемым осуществлением ряда функций вне видимой связи с побудительными импульсами извне. Выделяют *амбулаторный*, *сомнамбулический*, *ассоциативный*, *сенестопатический*, *кинестетический* разновидности автоматизмов.

Амбулаторным автоматизмом называется вариант сумеречного расстройства сознания у больных эпилепсией, при котором больной может совершать внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после эпилептического припадка пол-

ностью забывает. Сходные действия человек может производить при сомнамбулическом автоматизме, когда он находится либо в состоянии между сном и бодрствованием, либо в гипнотическом трансе (сомнамбулической фазе). Более сложные и разнообразные автоматизмы встречаются при *синдроме психического автоматизма Кандинского — Клерамбо.* Он является патогномоничным признаком шизофрении и проявляется тремя видами автоматизмов: 1) ассоциативным, при котором человек ощущает, что его мышление и речь управляются извне и помимо его воли (клинически проявляется ментизмом и шперрунгами); 2) сенестопатическим, при котором ощущения в теле расцениваются как чуждые, навязанные, «сделанные» и 3) кинестетическим, при котором утрачивается ощущение контролируемости собственных движений и действий.

4.10. Сознание и расстройства сознания

Сознание — еще одна интегративная сфера психической деятельности, которая, наряду с волевой и интеллектуальной, выходит за рамки отдельного познавательного процесса. По определению, сознание есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям. Считается, что сознание обладает такими характеристиками, как *воображение* и *рефлексия.*

В прикладном аспекте сознание человека оценивается на основании *осознания им себя* (*собственной личности*) — *идентификации*, *осознания пространства и времени*, в котором в данный момент он существует. Характеристика патологии сознания исходит именно из данной характеристики.

Осознание человеком собственной личности (самосознание) является существенным признаком психической нормы. Многие психические заболевания могут нарушать процесс самосознания и приводить к тому, что человек осознает себя не тем, кем является в реальности или осознает себя множественным.

К. Ясперс противопоставлял сознание собственного «Я» предметному сознанию и выделил четыре формальных признака самосознания, нарушение которых является типичным для психической патологии: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства в каждый момент времени; 3) осознание собственной идентичности; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Расстройства сознания разделяют на две группы: состояния *выключенного* и *расстроенного сознания.* К первым относят *обнубиляцию*, *сопор* и *кому*, различающиеся лишь выраженностью наруше-

Таблица 4.1

Дифференциально-диагностические критерии расстройства сознания

Клинические параметры	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное расстройство
Нарушения ориентировки	В месте, времени	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени
Преобладают расстройства восприятия	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	Фантастические зрительные и слуховые псевдогаллюцинации	Отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	Яркие зрительные и слуховые истинные галлюцинации
Преобладают расстройства мышления	Бредовые идеи преследования, отношения	Фантастические бредовые идеи величия, воздействия	Бессвязность, инкогеренция, отрывочные идеи преследования	Бредовые идеи преследования
Преобладают аффективные расстройства	Тревога, страх	Эйфория, благодушие, «зачарованность»	Аффект недоумения, смена аффекта	Дисфория
Расстройства памяти	Амнезия отсутствует	Гипомнезия	Амнезия	Амнезия
Длительность	Часы	Сутки	Сутки, недели, минуты, часы	—
Выход из состояния	Постепенный с резидуальными явлениями	Постепенный	Постепенный	Резкий

ния сознания (при коме сознание утрачивается полностью); ко вторым — *делирий*, *аменцию*, *онейроид* и *сумеречное расстройство сознания*, при которых, наряду с нарушением собственно сознания и самосознания, отмечаются расстройства и других познавательных процессов (табл. 4.1).

Контрольные вопросы

1. К расстройствам какой сферы психической деятельности относится симптом сенестопатии?

2. Каковы дифференциально-диагностические критерии истинных и псевдогаллюцинаций?

3. В чем принципиальное отличие иллюзий от галлюцинаций?

4. Сколько существует синдромов расстроенного сознания?

5. При каком расстройстве сознания доминирующими являются фантастические зрительные и слуховые псевдогаллюцинации?

6. Чем характеризуется кататонический синдром?

7. Что включается в депрессивную триаду?

8. Чем отличаются сверхценные идеи от бреда?

9. К расстройствам какой сферы психической деятельности относится аутизм?

10. Что понимается под резонерством?

Глава 5

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (МКБ-10)

Современная классификация психических заболеваний представляет собой перечень всевозможных психических и поведенческих расстройств, как правило, без указания на механизмы возникновения и развития патологии. В отличие от предыдущих классификаций основным является не нозологический принцип, а феноменологический. Суть его заключена в игнорировании этиопатогенеза расстройств и сосредоточении внимания на клинических проявлениях, их специфике и закономерностях.

Отход от нозологического принципа произошел вследствие того, что психиатрия и наркология не добились революционных результатов в изучении этиопатогенеза многих психических заболеваний. До настоящего времени остаются не до конца ясными причины возникновения шизофрении, биполярного аффективного расстройства и многих других болезней. Однако их клинико-диагностические критерии хорошо изучены и описаны, а терапия в значительной степени эффективна.

Актуальным до настоящего времени остается представление о том, что все психические заболевания могут возникать и формироваться в соответствии с тремя типами психического реагирования (т.е. иметь три различные причины) — *экзогенным*, *эндогенным* и *психогенным*. Иногда указывают на *личностный* тип психического реагирования. Под экзогенным типом психического реагирования понимаются психические расстройства, связанные с нарушением деятельности головного мозга человека вследствие органических поражений (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нейроинтоксикаций, сосудистых заболеваний или атрофических процессов, опухолей и т.д.).

При эндогенном типе основная причина психических расстройств кроется в наследственно-конституциональных факторах. При психогенных — в воздействии психологического стресса (конфликта, фрустрации, психотравмы). При личностном — формирование психических расстройств зависит от индивидуально-психологических качеств человека. Патогномоничные для различных типов психического реагирования психопатологические синдромы: *экзогенный* — судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационный (небредовый); *эндогенный* — психического автоматизма, кататонический; *психогенный* — псевдодементный; *личностный* — истерический, ипохондрический.

В новой классификации (МКБ-10) психические и поведенческие расстройства рубрифицированы следующим образом (цифры и буквы обозначают шифр каждого расстройства).

В *нулевой рубрике* объединены психические и поведенческие расстройства, сходные по механизму возникновения. Их основной причиной является органическое поражение головного мозга или соматическая патология, которые могут проявляться непсихотическими (астенией, тревогой, диссоциативными расстройствами и др.), психотическими (делирием, галлюцинозом, бредом и др.), личностными расстройствами или снижением интеллекта (деменцией).

F0. Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00. Деменция при болезни Альцгеймера.

F01. Сосудистая деменция.

F01.0. Сосудистая деменция с острым началом.

F01.1. Мультиинфарктная деменция.

F01.2. Субкортикальная сосудистая деменция.

F01.3. Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция.

F01.8. Другая сосудистая деменция.

F01.9. Сосудистая деменция, неуточненная.

F02. Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах.

F02.0. Деменция при болезни Пика.

F02.1. Деменция при болезни Крейцфельдта — Якоба.

F02.2. Деменция при болезни Гентингтона.

F02.3. Деменция при болезни Паркинсона.

F02.4. Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

F02.8. Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах.

F03. Деменция, неуточненная.

F04. Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F05. Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F05.0. Делирий, не возникающий на фоне деменции.

F05.1. Делирий, возникающий на фоне деменции.

F05.8. Другой делирий.

F05.9. Делирий, неуточненный.

F06. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни.

F06.0. Органический галлюциноз.

F06.1. Органическое кататоническое расстройство.

F06.2. Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство.

F06.3. Органические (аффективные) расстройства.

F06.4. Органическое тревожное расстройство.

F06.5. Органические диссоциативные расстройства.

F06.6. Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства.

F06.7. Легкое когнитивное расстройство.

F06.8. Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни.

F06.9. Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни.

F07. Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.

F07.0. Органическое расстройство личности.

F07.1. Постэнцефалитический синдром.

F07.2. Посткоммоционный синдром.

F07.8. Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга.

F07.9. Неуточненные органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга.

F08. Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства.

В *первой рубрике* объединены психические и поведенческие расстройства, основной причиной является употребление психоактивных веществ.

F1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F10. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

F11. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

F12. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов.

F13. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.

F14. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.

F15. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.

F16. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.

F17. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.

F18. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.

F19. Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

Выделяются:
острая интоксикация;
употребление с вредными последствиями;
синдром зависимости;
синдром отмены;
амнестический синдром;
резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом;
другие психические и поведенческие расстройства;
неуточненное психическое и поведенческое расстройство.

Во *второй рубрике* объединены психические расстройства, возникающие, как правило, на основании так называемых эндогенных механизмов и характеризующиеся специфическими расстройствами. Доказанной считается их этиопатогенетическая близость.

F2. Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства

F20. Шизофрения

F20.0. Параноидная шизофрения.
F20.1. Гебефренная шизофрения.
F20.2. Кататоническая шизофрения.
F20.3. Недифференцированная шизофрения.
F20.4. Постшизофреническая депрессия.
F20.5. Резидуальная шизофрения.
F20.6. Простая шизофрения.
F20.8. Другие формы шизофрении.
F20.9. Шизофрения, неуточненная.

F21. Шизотипическое расстройство.

F22. Хронические бредовые расстройства.

F22.0. Бредовое расстройство.
F22.8. Другие хронические бредовые расстройства.
F22.9. Хроническое бредовое расстройство, неуточненное.

F23. Острые и транзиторные психотические расстройства.

F23.0. Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

F23.1. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.

F23.2. Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

F23.3. Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства.

F23.8. Другие острые и транзиторные психотические расстройства.

F23.9. Острые и транзиторные психотические расстройства, неуточненные.

F24. Индуцированное бредовое расстройство.

F25. Шизоаффективные расстройства.

F25.0. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.

F25.1. Шизоаффективный психоз.

Третья рубрика включает в себя психические расстройства сочетанного генеза (эндогенного, психогенного), но сходные по клиническим проявлениям с преобладанием расстройств эмоций.

F3. Аффективные расстройства настроения

F30. Маниакальный эпизод.

F30.0. Гипомания.

F30.1. Мания без психотических симптомов.

F30.2. Мания с психотическими симптомами.

F30.8. Другие маниакальные эпизоды.

F30.9. Маниакальные эпизоды, неуточненные.

F31. Биполярное аффективное расстройство.

F31.0. Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод.

F31.1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

F31.2. Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами.

F31.3. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии.

F31.4. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

F31.5. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

F31.6. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный.

F31.7. Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии.

F31.8. Другие биполярные аффективные расстройства.

F31.9. Биполярное аффективное расстройство, неуточненное.

F32. Депрессивный эпизод.

F32.0. Легкий депрессивный эпизод.

F32.2. Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.

F32.3. Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.

F32.8. Другие депрессивные эпизоды.

F32.9. Депрессивные эпизоды, неуточненные.

F33. Рекуррентное депрессивное расстройство.

F33.0. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени.

F34. Хронические (аффективные) расстройства настроения.

F34.0. Цикломития.

F34.1. Дистимия.

F34.8. Другие хронические аффективные расстройства.

F34.9. Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное.

F38. Другие (аффективные) расстройства настроения.

F38.0. Другие единичные (аффективные) расстройства настроения.

Четвертая рубрика объединяет психические расстройства, основной причиной которых является психическая травма (конфликт, психологический стресс).

F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40. Тревожно-фобические расстройства.

F40.0. Агорафобия.

F40.1. Социальные фобии.

F40.2. Специфические (изолированные) фобии.

F40.8. Другие тревожно-фобические расстройства.

F40.9. Фобическое тревожное расстройство, неуточненное.

F41. Другие тревожные расстройства.

F41.0. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).

F41.1. Генерализованное тревожное расстройство.

F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

F41.3. Другие смешанные тревожные расстройства.

F41.8. Другие уточненные тревожные расстройства.

F41.9. Тревожное расстройство, неуточненное.

F42. Обсессивно-компульсивное расстройство.

F42.0. Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка).

F42.1. Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы).

F42.2. Смешанные обсессивные мысли и действия.

F42.8. Другие обсессивно-компульсивные расстройства.

F42.9. Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное.

F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

F43.0. Острая реакция на стресс.

F43.1. Посттравматическое стрессовое расстройство.

F43.2. Расстройства адаптации.

F43.8. Другие реакции на тяжелый стресс.

F43.9. Реакция на тяжелый стресс, неуточненная.

F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

F44.0. Диссоциативная амнезия.

F44.1. Диссоциативная фуга.

F44.2. Диссоциативный ступор.
F44.3. Трансы и состояния овладения.
F44.4. Диссоциативные расстройства моторики.
F44.5. Диссоциативные судороги.
F44.6. Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия.
F44.7. Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства.
F44.8. Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства.
.8.0. Синдром Ганзера.
.8.1. Расстройство множественной личности.
.8.2. Транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте.
.8.8. Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства.
F44.9. Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное.
F45. Соматоформные расстройства.
F45.0. Соматизированное расстройство.
F45.1. Недифференцированное соматоформное расстройство.
F45.2. Ипохондрическое расстройство.
F45.3. Соматоформная вегетативная дисфункция.
.3.0. Сердца и сердечно-сосудистой системы.
.3.1. Верхней части желудочно-кишечного тракта.
.3.2. Нижней части желудочно-кишечного тракта.
.3.3. Дыхательной системы.
.3.4. Урогенитальной системы.
.3.8. Другого органа или системы.
F45.4. Хроническое соматоформное болевое расстройство.
F45.8. Другие соматоформные расстройства.
F45.9. Соматоформное расстройство, неуточненное.
F48. Другие невротические расстройства.
F48.0. Неврастения.
F48.1. Синдром деперсонализации-дереализации.
F48.8. Другие специфические невротические расстройства.
F48.9. Невротическое расстройство, неуточненное.

Пятая рубрика объединяет поведенческие расстройства,.в происхождении которых сочетаются факторы психогенные и физиологические. В большей степени делается упор на феноменологических проявлениях, чем на генезе расстройства.

F5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50. Расстройства приема пищи.
F50.0. Нервная анорексия.
F50.1. Атипичная нервная анорексия.
F50.2. Нервная булимия.
F50.3. Атипичная нервная булимия.
F50.4. Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями.

F50.5. Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями.

F50.8. Другие расстройства приема пищи.

F50.9. Расстройство приема пищи, неуточненное.

F51. Расстройства сна неорганической природы.

F51.0. Бессонница неорганической природы.

F51.1. Гиперсомния неорганической природы.

F51.2. Расстройство режима сна — бодрствования неорганической природы.

F51.3. Снохождение (сомнамбулизм).

F51.4. Ужасы во время сна (ночные ужасы).

F51.5. Кошмары.

F51.8. Другие расстройства сна неорганической природы.

F51.9. Расстройство сна неорганической природы, неуточненное.

F52. Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.

F52.0. Отсутствие или потеря полового влечения.

F52.1. Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.

F52.2. Отсутствие генитальной реакции.

F52.3. Оргазмическая дисфункция.

F52.4. Преждевременная эйякуляция.

F52.5. Вагинизм неорганической природы.

F52.6. Диспареуния неорганической природы.

F52.7. Повышенное половое влечение.

F52.8. Другая половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.

F52.9. Неуточненная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.

F53. Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах.

F53.0. Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах.

F53.1. Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах.

F53.8. Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах.

F53.9. Послеродовое психическое расстройство, неуточненное.

F54. Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах.

F55. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости.

F55.0. Антидепрессанты.

F55.1. Слабительные.

F55.2. Анальгетики.

F55.3. Средства снижения кислотности.

F55.4. Витамины.

F55.5. Стероиды или гормоны.

F55.6. Специфические травы и народные средства.

F55.8. Другие вещества, которые не вызывают зависимости.
F55.9. Неуточненные.

F59. Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Шестая рубрика объединяет поведенческие расстройства и девиации, часть из которых ранее обозначалась термином психопатия.

F6. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F60. Специфические расстройства личности.
F60.0. Параноидное расстройство личности.
F60.1. Шизоидное расстройство личности.
F60.2. Диссоциальное расстройство личности.
F60.3. Эмоционально неустойчивое расстройство личности.
.3.0. Импульсивный тип.
.3.1. Пограничный тип.
F60.4. Истерическое расстройство личности.
F60.5. Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.
F60.6. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.
F60.7. Зависимое расстройство личности.
F60.8. Другие специфические расстройства личности.
F60.9. Расстройство личности, неуточненное.
F61. Смешанное и другие расстройства личности.
F61.0. Смешанные расстройства личности.
F61.1. Причиняющие беспокойство изменения личности.
F62. Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга.
F62.0. Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.
F62.1. Хроническое изменение личности после психической болезни.
F62.8. Другие хронические изменения личности.
F62.9. Хроническое изменение личности, неуточненное.
F63. Расстройства привычек и влечений.
F63.0. Патологическая склонность к азартным играм (гемблинг).
F63.1. Патологические поджоги (пиромания).
F63.2. Патологическое воровство (клептомания).
F63.3. Трихотиломания.
F63.8. Другие расстройства привычек и влечений.
F63.9. Расстройство привычек и влечений, неуточненное.
F64. Расстройства половой индентификации.
F64.0. Транссексуализм.
F64.1. Трансвестизм двойной роли.
F64.2. Расстройство половой идентификации у детей.
F64.8. Другие расстройства половой идентификации.
F64.9. Расстройство половой идентификации, неуточненное.
F65. Расстройства сексуального предпочтения.
F65.0. Фетишизм.
F65.1. Фетишистский трансвестизм.
F65.2. Эксгибиционизм.

F65.3. Вуайеризм.

F65.4. Педофилия.

F65.5. Садомазохизм.

F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения.

F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения.

F65.9. Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное.

F66. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

F66.0. Расстройство полового созревания.

F66.1. Эгодистоническая сексуальная ориентация.

F66.2. Расстройство сексуальных отношений.

F66.8. Другие расстройства психосоциального развития.

F66.9. Расстройство психосоциального развития, неуточненное.

F68. Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

F68.0. Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам.

F68.1. Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических (симулятивное расстройство).

F68.8. Другие специфические расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

Седьмая рубрика посвящена умственной отсталости (олигофрении в старой терминологии).

F7. Умственная отсталость

F70. Легкая умственная отсталость.

F71. Умеренная умственная отсталость.

F72. Тяжелая умственная отсталость.

F73. Глубокая умственная отсталость.

F78. Другая умственная отсталость.

F79. Неуточненная умственная отсталость.

В *восьмой рубрике* упор делается на феноменах, связанных с развитием ребенка или подростка.

F8. Нарушения психологического развития

F80. Специфические расстройства развития речи.

F80.0. Специфические расстройства артикуляции речи.

F80.1. Расстройство экспрессивной речи.

F80.2. Расстройство рецептивной речи.

F80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау—Клеффнера).

F80.8. Другие расстройства развития речи.

F80.9. Расстройство развития речи, неуточненное.

F81. Специфические расстройства развития школьных навыков.

F81.0. Специфическое расстройство чтения.

F81.1. Специфическое расстройство спеллингования.

F81.2. Специфическое расстройство навыков счета.
F81.3. Смешанное расстройство школьных навыков.
F81.8. Другие расстройства школьных навыков.
F81.9. Расстройство развития школьных навыков, неуточненное.
F82. Специфическое расстройство развития двигательных функций.
F83. Смешанные специфические расстройства.
F84. Общие расстройства развития.
F84.0. Детский аутизм.
F84.1. Атипичный аутизм.
F84.2. Синдром Ретта.
F84.3. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.
F84.4. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.
F84.5. Синдром Аспергера.
F84.8. Другие общие расстройства развития.
F84.9. Общее расстройство развития, неуточненное.
F88. Другие расстройства психологического развития.
F89. Неуточненное расстройство психологического развития.

Девятая рубрика включает в себя психические и поведенческие расстройства детского возраста.

F9. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F90. Гиперкинетические расстройства.
F90.0. Нарушение активности внимания.
F90.1. Гиперкинетическое расстройство поведения.
F90.8. Другие гиперкинетические расстройства.
F90.9. Гиперкинетическое расстройство, неуточненное.
F91. Расстройства поведения.
F91.0. Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи.
F91.1. Несоциализированное расстройство поведения.
F91.2. Социализированное расстройство поведения.
F91.3. Оппозиционно-вызывающее расстройство.
F91.8. Другие расстройства поведения.
F91.9. Расстройство поведения, неуточненное.
F92. Смешанные расстройства поведения и эмоций.
F92.0. Депрессивное расстройство поведения.
F92.8. Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.
F92.9. Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное.
F93. Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста.
F93.0. Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте.
F93.1. Фобическое тревожное расстройство детского возраста.
F93.2. Социальное тревожное расстройство детского возраста.
F93.3. Расстройство сиблингового соперничества.
F93.8. Другие эмоциональные расстройства детского возраста.
F93.9. Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное.

F94. Расстройства социального функционирования, с началом, специфическим для детского возраста.

F94.0. Элективный мутизм.

F94.1. Реактивное расстройство привязанности детского возраста.

F94.2. Расторможенное расстройство привязанности детского возраста.

F94.8. Другие расстройства социального функционирования детского возраста.

F94.9. Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное.

F95. Тикозные расстройства.

F95.0. Транзиторное тикозное расстройство.

F95.1. Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство.

F95.2. Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта).

F95.8. Другие тикозные расстройства.

F95.9. Тикозное расстройство, неуточненное.

F98. Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F98.0. Неорганический энурез.

F98.1. Неорганический энкопрез.

F98.2. Расстройство питания в младенческом возрасте.

F98.3. Поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве.

F98.4. Стереотипные двигательные расстройства.

F98.5. Заикание.

F98.6. Речь взахлеб.

F98.8. Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F98.9. Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F99. Неуточненное психическое расстройство.

F99. Психическое расстройство, без других указаний.

Контрольные вопросы

1. Каковы принципы МКБ-10?
2. Сколько рубрик включено в МКБ-10?
3. Какая рубрика в МКБ-10 указывает на экзогенный механизм формирования психических расстройств?
4. Что помимо шизофрении включается в рубрику F2?
5. Какие расстройства имеют сходные механизмы и классифицируются в единой рубрике вместе со связанными со стрессом?
6. Как в МКБ-10 называются психопатии?
7. В какую рубрику МКБ-10 включена нервная анорексия?
8. Как в МКБ-10 обозначается маниакально-депрессивный психоз?
9. К какой рубрике МКБ-10 относится ипохондрическое расстройство?
10. Нозологический или феноменологический принцип положен в основу МКБ-10?

Глава 6

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

6.1. Психофармакотерапия

Современная психиатрия и наркология обладают богатым арсеналом способов и методов терапии, профилактики и реабилитации пациентов. К наиболее широкоприменяемым относят: психофармакотерапию и психотерапию. Помимо них в лечении психических и наркологических заболеваний используются такие специфичные методы, как электросудорожная терапия (ЭСТ), инсулиншоковая терапия, терапия депривацией сна, диетотерапия и некоторые другие.

Психофармакотерапия — это лечение психических расстройств и заболеваний с использованием психотропных лекарственных средств. Используются следующие группы психотропных препаратов: нейролептики (антипсихотики); транквилизаторы(анксиолитики); антидепрессанты; психостимуляторы; ноотропы (церебропротекторы); нормотимики (стабилизаторы настроения).

Основным принципом применения психотропных препаратов является симптомо- и нозоцентризм. Каждое из лекарственных средств имеет свои показания и противопоказания в зависимости от выявляемых психических расстройств, относящихся к различным группам.

Нейролептики используются для купирования психических расстройств психотического уровня, характеризующихся грубой дезорганизацией деятельности человека вплоть до антисоциальных действий, нарушением продуктивного контакта с реальной действительностью и отсутствием критичности к своему поведению. Наиболее известны такие нейролептики как аминазин, галоперидол, трифтазин, мажептил, азалептин, тизерцин.

Особую группу препаратов нейролептического ряда составляют так называемые «корректоры поведения». Они применяются для снятия психомоторного возбуждения и упорядочения поведения лица с грубыми психопатическими (личностными) расстройствами, при условии, что иными психологическими способами и методами купировать их не удается.

К *транквилизаторам* относят препараты, основным эффектом которых является нормализация эмоционального состояния человека. Второе название транквилизаторов — анксиолитики — указывает на базисный спектр их действия, а именно, купирование симптомов тревоги, страха, а также раздражительности и эмоциональной лабильности. Если нейролептические средства применяются для тера-

пии психозов, то транквилизаторы — для лечения непсихотического уровня психических расстройств. Наиболее известны такие транквилизаторы как седуксен (реланиум, сибазон), феназепам, элениум, мебикар, грандаксин, мезапам.

Группа психотропных препаратов, названных *антидепрессантами*, используется для лечения аффективных расстройств в виде депрессивных состояний. Но спектр ее действия значительно шире. В настоящее время антидепрессанты используются при таких поведенческих девиациях как расстройства привычек и влечений (трихотилломания, пиромания, клептомания и др.), нарушения пищевого поведения (анорексия и булимия), наркомания. Наиболее известны такие антидепрессанты как амитриптиллин, мелипрамин, ципрамил, леривон, ремерон.

Психостимуляторы используются с целью активизировать психическую и физическую деятельность больных лиц. Показаниями для них служат, в первую очередь, астенические состояния. Группа *ноотропных препаратов* характеризуется избирательным действием на интеллектуальную продуктивность. Известен ноотропил (пирацетам), аминалон.

Нормотимики (*тимоизолептики*) — это препараты, обладающие способностью предупреждать резкие колебания настроения (от состояний эйфории до депрессии). Основной терапевтической мишенью для нормотимиков считается биполярные аффективные расстройства. Для лечения расстройств поведения нормотимики используются в сексологической практике (при сексуальных девиациях). Наиболее часто применяются соли лития.

Антиконвульсанты (*противосудорожные*) — это препараты, применяемые, в первую очередь, для купирования судорожных и бессудорожных эпилептических пароксизмов. В психиатрии и наркологии они используются также для лечения психических эквивалентов эпилептических припадков (дисфорий, сумеречного расстройства сознания), а также для лечения аффективной патологии в качестве нормотимиков. Наиболее известны фенобарбитал, дифенин, финлепсин, депакин-хроно.

Психофармакологическая терапия назначается врачом-психиатром. Участие медицинской сестры ограничивается контролем их действия, анализом наличия или отсутствия побочных действий.

В отличие от психофармакотерапии в психотерапевтической коррекции роль медицинской сестры несравненно значимее.

6.2. Способы и методы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии

В практической деятельности при купировании различных форм психической и наркологической патологии используются разно-

образные методы, способы и средства психологического воздействия. Их делят на консультативные, коррекционные и психотерапевтические.

Под *психологической помощью* понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купирования психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости.

Психологическая помощь является практической реализацией теоретических изысканий медицинского работника на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей человека, типов его реагирования на различные фрустрирующие события, в первую очередь, болезни и конфликтные ситуации.

Традиционно выделяют три вида психологической помощи: *психологическое консультирование*, *психокоррекцию и психотерапию.* Они представляют собой воздействие на различные стороны личности и имеют разные цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании. Основной целью психологического консультирования является *формирование личностной позиции пациента*, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции является *выработка* и *овладение навыками* оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит *купирование психопатологической симптоматики*, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Оказание эффективной психологической помощи немыслимо без кооперирования перечисленных видов психологического воздействия, поскольку адекватный стиль взаимодействия человека с окружающим миром невозможен как без сформированной личностной позиций, проявляющейся в теоретическом осмыслении реальности и выборе наиболее подходящей мировоззренческой платформы с иерархией ценностей, так и без конкретных психологических навыков преодоления жизненных сложностей, а также «саногенных умений». Взаимодействие различных психологических составляющих человека, направленных на поддержание гармонии, можно представить как пирамиду (рис. 6.1).

Внушаемость, гипнабельность, анализируемость, готовность к психологическому воздействию извне
Навыки психологической компенсации
Личностная позиция человека

Рис. 6.1. Соотношение «психотерапевтических мишеней» для различных видов психологической помощи

Лишь при наличии совокупности представленных составляющих можно говорить о гармоничности человека в сфере преодоления фрустраций, стрессов и конфликтных психотравмирующих ситуаций и возможности личностного роста.

Под *психологическим консультированием* подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций результатов. Полученные результаты должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежитейских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к их решению, вариантах предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту.

Таким образом, консультирование охватывает:

во-первых, *диагностический процесс* и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики;

во-вторых, *процесс информирования* индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях;

в-третьих, *процесс обучения* навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в психиатрии и наркологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия, в частности используя измененные состояния сознания.

При широком толковании термина «психотерапия» имеют в виду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

В процессе оказания психологической помощи медицинский работник (врач, медицинская сестра) может оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (*Г. С. Абрамова*).

Под *воздействием* в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменений психической реальности.

Манипулирование подразумевает изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека.

Управлением называется изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, например, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра.

Формирование — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальных или волевых.

Различные виды психологической помощи включают вышеперечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному. Так, консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, так как учитывает цели пациента, его индивидуально-психологические особенности и личностные ценности. В процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида

и расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей и внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуально-психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта.

6.3. Психологическое консультирование

Консультирование в процессе оказания психологической помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами подразумевает совместное обсуждение медицинского работника, с одной стороны, и пациента, с другой, возникших у него проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование о его индивидуально-психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам, фрустрациям и стрессам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях. Участие медицинской сестры в процессе психологического консультирования крайне важно и ценно.

Диагностический процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование и использование комплекса экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности. Существенным при консультировании в практическом отношении является процесс информирования пациентов об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам психической саморегуляции.

Информирование клиента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное преподнесение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о себе. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью *использования оценочных категорий*, *фокусировкой* и *используемой терминологией*.

Учитывая тот факт, что медицинская сестра получает в процессе обследования пациента достаточно большое количество объективных данных, возможна различная *фокусировка* при информировании. Можно фиксировать внимание: а) на явных отклонениях функционирования организма и психики; б) всех имеющихся отклонениях; в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить; г) всем спектре проявлений (и нормальных, и аномальных); д) нормативных признаках и проявлениях.

Известны три подхода при фокусировке внимания и информировании человека: *оптимистический*, *пессимистический* и *нейтральный*. Одна и та же информация может быть воспринята как положительная, отрицательная или индифферентная. Классическим примером может служить информирование о количестве жидкости в стакане воды: 1) стакан наполовину полон; 2) наполовину пуст; 3) жидкость в стакане занимает половину объема.

Возможен выбор различных объектов фокусировки внимания человека в процессе оказания психологической помощи. Это могут быть отдельные функции или деятельность всего организма и личности («У Вас качественно нарушен процесс мотивационного опосредования деятельности и изменена иерархия ценностей» или «У Вас отмечаются существенные отклонения в поведении вследствие акцентуаций характера и нарушения волевой регуляции деятельности»).

В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны *оценочный* или *описательный подходы*. В первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный — неадекватный, нормальный — патологический, здоровый — больной, дефектный и т. д.). Во втором случае медицинская сестра или врач при информировании стараются избегать оценочных категорий и ориентируются лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

Существенным в процессе информирования является также используемая *терминология*. Медицинский работник может применять специфическую научную терминологию и даже жаргон («разноплановость мышления», «использование каузальной атрибуции» и пр.), непонятные обследованному, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на обыденном языке.

Обучение навыкам саморегуляции в процессе психологического консультирования осуществляется различными способами с ориентацией на приоритетность предоставления пациенту максимально возможной информации о способах и методах психологиче-

ской защиты и компенсации, сано- и патогенетических паттернах мышления и прогнозирования, закономерностях развития, этапах и исходах межличностных и внутриличностных конфликтов.

Индивид в процессе консультирования обучается навыкам рефлексивного стиля мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования исключительно с помощью информирования, поскольку тренинговый способ входит в структуру иного вида психологической помощи — психокоррекции.

В первую очередь пациент приобретает знания способов *психологической защиты.* Сутью их является сохранение баланса между внешними силами, действующими на человека, и внутренними ресурсами. Усвоение индивидом знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа.

Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты сам человек сможет выбрать из предлагаемых подходящие ему варианты. При консультировании не происходит навязывания пациенту единственно верного пути решения межличностных или внутриличностных проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения. В отличие от психокоррекции и психотерапии выбор способа разрешения проблем или личностной трансформации остается за индивидом.

Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии и «реконструкции личности». Нередко его использование сочетается с применением психокоррекции и психотерапии. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные девиации.

В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным. Единственной возможностью оказать действенную психологическую помощь человеку в период экзистенциального кризиса, не сопровождающегося выраженными психопатологическими проявлениями, является использование психологического консультирования — совместный (пациента и медицинского работника) поиск истины, рассмотрение философских вопросов бытия, жизни и смерти с различных позиций и точек зрения, а также эмоциональная поддержка человека. При этом следует учитывать, что выбор способа действия в таких условиях остается за индивидом.

Классическим примером столкновения различных видов психологического воздействия являются суицидальные намерения индивида, обусловленные межличностным или внутриличностным конфликтами. После исключения психопатологических (неосознанных или болезненных) мотивов стремления человека к совершению суицида специалист, как правило, может выбрать три известных пути психологического воздействия на человека: консультирование, психокоррекция и психотерапевтический путь. Выбор пути будет основываться, в первую очередь, на теоретических предпочтениях и понимании механизмов суицидального поведения, тогда как индивидуально-психологические особенности потенциального суицидента могут вообще не рассматриваться.

В силу теоретических (мировоззренческих и профессиональных) воззрений медицинский работник может выбрать: либо консультирование с использованием совместного обсуждения экзистенциальных вопросов и переноса ответственности за принятие решения на самого клиента; либо психокоррекцию, в условиях которой станет заниматься тренингом, направленным на поддержание нацеленности на сохранение жизни с помощью системы искоренения «неправильного мировоззренческого настроя» на смерть; либо психотерапию, при которой будет рассматривать суицидальные мысли и намерения как патологию, требующую купирования, например, суггестией.

Мишенью для психологического консультирования являются также межличностные конфликты: развод, измена, увольнение, наказание и другие, которые рассматриваются индивидом сквозь призму мировоззренческих и нравственных проблем. Внешние психотравмирующие события трактуются человеком как безнравственные и вызывают к жизни принципиальные вопросы бытия (справедливости, верности, доверия и др.). Следовательно, в этих случаях наиболее адекватным следует признать применение психологического консультирования и отдать ему предпочтение по сравнению с другими методами психологического воздействия. Сходный процесс происходит и при появлении у человека соматического заболевания. Он также требует не коррекции или терапии, а в первую очередь, консультирования.

Наиболее известными методиками, которые относятся к способам психологического консультирования, являются рациональная психотерапия (*P. Dubois*), логотерапия (*V. Frankl*), психология самореализации (*A. Maslow*), позитивная психотерапия (*N. Peseschkian*), когнитивная терапия (*A. Beck*), рационально-эмотивная психотерапия (*A. Ellis*), психотерапия «здравым смыслом», антиципационный тренинг.

Несмотря на то, что в названии методик присутствует термин психотерапия, фактически данные методики следует признать консультативными. Это связано, во-первых, с тем, что психоло-

гическая помощь оказывается посредством влияния на мировоззрение; во-вторых, потому, что основным методом является метод информирования клиента; в-третьих, из-за «терапевтической мишени», которой в данном случае является мировоззрение и миропонимание человека и вторично психологические проблемы и невротические симптомы.

К отечественным методикам, которые также следует причислить к консультативным, в первую очередь, относится так называемая *патогенетическая реконструктивно-личностная психотерапия*, основанная на теории отношений личности В. Н. Мясищева.

Основной задачей *патогенетической психотерапии* является информирование пациента с целью:

осознания мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;

осознания неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;

осознания связи между различными психогенными факторами и невротическими (психосоматическими) расстройствами;

осознания меры своего участия и ответственности в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;

осознания более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений;

научения понимания и вербализации своих чувств;

обучения саморегуляции.

Патогенетическая психотерапия осуществляется в четыре этапа: на первом — происходит преодоление неправильных представлений пациента о его болезни; на втором — осознание психологических причин и механизмов болезни; на третьем — решение конфликта; на четвертом — реконструкция системы отношений личности.

Логотерапия относится к гуманистическому направлению психотерапии и ставит своей целью терапию ноогенных неврозов с помощью приобретения утраченного человеком в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития психологических проблем и невротических симптомов усматривается в нравственных исканиях человека, конфликте совести и, в целом, в «экзистенциальном кризисе». Задачей логотерапии становится восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности, исходя из известной позиции А.Эйнштейна, выраженной в следующих словах: «Человек, считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчастлив, он вообще едва ли пригоден для жизни». В. Франкл считал, что вернуть утраченный смысл возможно с помощью метода убеждения. Убеждение использует систему логических обоснований уникальности ценностей (смысла) жизни при абсолютной ценности трансценденции —

сущности существования. Основой логотерапии становится исцеление души с помощью формирования осмысленного стремления к смыслу и даже к конечному смыслу (сверхсмыслу) в противовес стремлению к наслаждению или власти.

В рамках *психологии самореализации* упор делается на выработку психологической стратегии максимально использовать в жизни собственный личностный потенциал, который включает:

1. Внутреннюю природу человека, его индивидуальную самость в виде основных потребностей, способностей, индивидуально-психологических особенностей.

2. Потенциальные возможности, а не реальные окончательные состояния, реализация которых детерминирована экстрапсихическими факторами (цивилизацией, семьей, окружением, образованием и т. п.).

3. Аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности.

4. Способность принимать себя.

5. Потребность в любви.

А. Маслоу признавал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся:

целостность — единство, интеграция, стремление к однородности, взаимосвязанность;

совершенство — необходимость, естественность, уместность;

завершенность — конечность;

справедливость — законность, долженствование;

жизненность — спонтанность, саморегуляция;

полнота — дифференцированность, сложность;

простота — искренность, сущностность;

красота — правильность;

праведность — правота, желанность;

уникальность — неповторимость, индивидуальность, несравненность;

непринужденность — легкость, отсутствие напряженности, изящество;

игра — веселье, радость, удовольствие;

истинность — честность, реальность;

самодостаточность — автономность, независимость, умение быть самим собой без участия других людей.

Позитивная психотерапия исходит из принципа обладания человеком способностей к саморазвитию и гармоничности. Основными целями позитивной психотерапии являются:

изменение представлений человека о себе, своих актуальных и базисных способностях;

познание традиционных для него, его семьи и культуры механизмов переработки конфликтов;

расширение целей его жизни, выявление резервов и новых возможностей для преодоления конфликтных ситуаций и болезней.

Для этих целей используется транскультуральный подход к оценке тех или иных психологических феноменов и болезненных симптомов. Суть его заключается в предоставлении пациенту информации об отношении к сходному к имеющимся у него психологическим проявлениям, симптомам, проблемам или болезням в иных культурах. Например, при патологической эмоциональной реакции индивида на выявляемую у него аллопецию (облысение) ему приводят пример отношения к облысению в некоторых африканских племенах, где эталоном красоты считается не густая шевелюра, а лысая голова.

Транскультуральные сравнения направлены на выработку у пациента понимания относительности жизненных ценностей. Еще одним способом в позитивной психотерапии является позитивная интерпретация любых проблем и симптомов (например, импотенция трактуется как способность избегать конфликтов в сексуальной сфере, фригидность — как способность телом сказать «нет», анорексия — как способность обходиться минимумом пищи и т. д.).

Особое внимание в позитивной психотерапии уделяется формированию личностной и характерологической гармоничности с помощью предоставления информации о традиционных транскультуральных способах переработки конфликтов и формирования ценностей.

Когнитивная терапия рассматривает механизмы возникновения различных эмоциональных феноменов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде «систематических предубеждений». Считается, что эмоциональные расстройства возникают из-за когнитивной уязвимости — предрасположенности к стрессу в силу использования при анализе внешних событий жестко заданных иррациональных заблуждений («когнитивных искажений»). Среди них выделяются:

сверхгенерализация (неоправданное обобщение на основании единичного случая);

катастрофизация (преувеличение последствий каких-либо событий);

произвольность умозаключений (бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений);

персонализация (склонность интерпретировать события в контексте личных значений);

дихотомичность мышления (склонность к использованию в мышлении крайностей);

выборочность абстрагирования (концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста).

Целью когнитивной терапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сто-

рону ее рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Близкой по смыслу к когнитивной терапии считается *рационально-эмотивная терапия*, нацеливающаяся на искоренение когнитивных искажений и «иррациональных установок и мыслей». А. Эллис описал 12 основных иррациональных идей, которые в процессе консультирования должны быть исправлены:

для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих;

есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать;

это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы;

все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами;

если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку;

легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать;

каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе;

нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным;

то, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее;

на наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении;

плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью;

мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

В соответствии с принципами рационально-эмотивной терапии со стороны клиента или пациента должен произойти «отказ от требований» к действительности и самому себе, основанных на иррациональных идеях (установках), которые делятся на четыре группы: *установки долженствования* («люди должны быть честными», «супруг должен быть верным»); *катастрофические установки* («все ужасно и непоправимо»); *установка обязательной реализации своих потребностей* («я должен быть счастлив»); *оценочная установка*. Основным способом терапии является сократовский диалог — когнитивный диспут с использованием законов логики.

На логическом переубеждении пациента основан также метод *рациональной психотерапии*, направленный на обучение человека правильному мышлению, избегание логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения появления невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при так называемой каузальной атрибуции.

Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается «антиципационная состоятельность» (*В.Д. Менделевич*) — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться в процессе антиципационного тренинга лишь в случае использования таких принципов, как:

а) отказ от претензий («мне никто ничего не должен»);

б) отказ от однозначности (при истолковании происходящих событий — «это может значить все, что угодно»);

в) отказ от фатальности (при истолковании будущих событий — «все возможно»);

г) выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

6.4. Психологическая коррекция

Целями применения *психологической коррекции* (*психокоррекции*) является оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей. Выделяется пять видов стратегий психокоррекции (*Ю. С. Шевченко*):

1. Психокоррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное и вербальное мышление, фонематическое восприятие, познавательная деятельность и т.д.), либо коррекция личности.

2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.

3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.

4. Психокоррекция в форме индивидуальных или групповых занятий.

5. Психокоррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении психических заболеваний либо как ос-

новной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль пациента оказывается не столь активной. Коррекция подразумевает выработку новых психологически адекватных и выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Активность пациента заключается лишь в желании измениться, но отнюдь не в экзистенциальной работе над собой. Человек готов «вручить себя» психотерапевту для того, чтобы тот восполнил имеющиеся недостатки, исправил отклонения, привил новые умения и навыки. Даже если речь идет о психокоррекции личностных или характерологических свойств, то имеется в виду, что основным способом изменений и психологической помощи должен быть процесс обучения эффективному принятию себя и реальности, а не философское осмысление своего места в мире, своих возможностей и способностей.

Психокоррекция в отличие от психологического консультирования использует в качестве основных методы *манипулирования*, *формирования* и *управления* человеком, имея четкие представления об искомом состоянии, уровне развития психических функций или индивидуально-личностных качеств. Заданными оказываются эталоны и идеалы. Человек выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психотерапевта. Классическим является спектр манипулятивных методик: от советов Д. Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов.

Психокоррекция используется в психиатрии и наркологии при выявляемых психологических проблемах, возникающих в связи с характерологическими, поведенческими девиациями и личностными аномалиями, а также при невротических и психосоматических расстройствах. Выработка оптимальных навыков происходит в процессе тренингов, среди которых наиболее известными являются: аутотренинг, поведенческая (бихевиоральная) терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ (*E. Bern*).

Аутогенная тренировка (*аутотренинг*) является методикой, направленной на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Под релаксацией (расслаблением) понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое либо во всем организме, либо в любой его системе. В клинической психологии, особенно при психосоматических расстройствах и заболеваниях, используются такие разновидности как собственно аутогенная тренировка с так называемой нервно-мышечной релаксацией и методика биологически обратной связи.

При *прогрессивной мышечной релаксации* происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию релаксации (расслабления) в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленных на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения к конкретной мышце или группе мышц, с последующим становлением «привычки отдыхать».

Методика биологически обратной связи построена по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов. В процессе тренинга пациент самостоятельно контролирует с помощью прибора биологическое функционирование организма (от скорости протекания элементарных биохимических реакций до сложных видов деятельности) и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции. Выделяют следующие типы биологической обратной связи (*А. А. Александров*): электромиографическая биообратная связь; температурная биообратная связь; электрокожная биообратная связь; электроэнцефалографическая биообратная связь.

При электромиографической биообратной связи происходит обучение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации. Методика температурной биологической обратной связи позволяет обрести навыки расширения и сужения периферических сосудов, что приводит к изменению температуры конечностей и тела. Электрокожная биообратная связь дает возможность научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность.

При электроэнцефалографической биообратной связи происходит формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты и, в первую очередь, увеличения α-активности для снижения уровня возбудимости и успокоения.

Поведенческая (*бихевиоральная*) *психотерапия* изобилует методиками, основанными на выработке условно-рефлекторной деятельности с целью купирования психопатологической симптоматики или навыков адекватных привычек взамен неадекватных, невротических. Наиболее известными являются методики «систематической десенсибилизации» и «парадоксальной интенции», применяемые для лечения навязчивых страхов.

При «*систематической десенсибилизации*» происходит погружение человека в ситуацию, вызывающую страх (воображаемую или реальную) с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной.

Методика, называемая «*парадоксальной интенцией*», направлена на изменение отношения пациента к фобиями за счет «перево-

рачивания» этого отношения и доведения ситуации до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть — научиться настроить себя так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача парадоксальной интенции — лишить эмоционально негативного подкрепления страхов, заменив их на иронию и юмор.

Нейролингвистическое программирование представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека, суть которой заключена в признании шаблонности для каждой группы людей или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в нейролингвистическом программировании (НЛП) существует понятие модальности — наиболее типичном и характерном для индивида способе восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная и кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведения, желательной для человека или окружения.

В рамках нейролингвистического программирования используется несколько техник: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора». Основной же считается техника «рефрейминг» — переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения нейролингвистического программирования:

любой симптом, любая реакция либо поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в несоответствующем контексте;

у каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить;

каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего в шесть этапов: на первом — определяется симптом; на втором — пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом) и вступить в контакт с частью, отвечающей за формирование и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем — производится отделение симптома от первоначального мотива (на-

ние); на четвертом — обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом — формирование согласия всего «Я» на новую связь.

В процессе *психодрамы* происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Как правило, психодрама используется при наличии у индивида характерологических, коммуникативных девиаций и «комплекса неполноценности». Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных жизненных ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие ему и тем самым преодолевает коммуникационные проблемы.

Трансактный анализ рассматривает личность человека как совокупность трех состояний «Я», условно названных Родитель, Взрослый и Ребенок. Сутью их является генетически запрограммированный паттерн поведения и проявления эмоциональных реакций. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности, Взрослый — признаками зрелой психической деятельности, а Родитель характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения. Психологическое взаимодействие, с точки зрения E. Bern, происходит в виде диадного контакта (трансакции) при использовании тех или иных ролей. Основная цель трансактного анализа состоит в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими с помощью соответствующей терминологии и обучить его нормативному и оптимальному поведению.

6.5. Психотерапия

Психотерапия — это один из видов оказания психологической помощи и психологического воздействия на пациента с целью купирования психопатологической (в первую очередь, невротической и психосоматической) симптоматики. Психотерапия относится к сфере медицинской деятельности, поскольку:

а) сочетает в себе психологические и общемедицинские знания в отношении показаний и противопоказаний;

б) накладывает на психотерапевта ответственность (в том числе, уголовную) за ненадлежащее или несоответствующее (неквалифицированное) использование методов и способов психотерапии.

Целью психотерапии в узком понимании термина становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевти-

ческой методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяются:

характер психопатологического симптома (синдрома);

этиопатогенез психических расстройств;

индивидуально-психологические особенности пациента.

Среди субъективных параметров важное значение придается: индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; широте его психотерапевтических знаний и навыков; ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

Ориентация на выделенные клинические параметры обосновывается эффективностью тех или иных методик, практикуемых теми или иными психотерапевтами при определенных психических состояниях и процессах пациента. Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (к примеру, гештальт-терапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Под *суггестивными методами* понимаются разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т.е. вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента, созданием специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности.

Внушаемость — это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаками повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма.

Гипнабельность — это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую: при первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии (восковая гибкость, ступор, обездвиженность, мутизм), при третьей — полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из значимости бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и реагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики, как *метод свободных ассоциаций*, *реакции переноса* и *сопротивления*.

При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддавая их анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является *анализируемость пациента* (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, в первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Из феноменологически-гуманистического направления психотерапии, также близкого к психологическому консультированию, наиболее технически разработанной является *гештальт-терапия*. К основным методикам гештальт-терапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др.

6.6. Специальные методы лечения психических и наркологических заболеваний

В психиатрии в отличие от иных разделов медицины используются некоторые шоковые методы терапии. Их применение разрешено исключительно с согласия пациента и в соответствии с четкими показаниями и противопоказаниями.

К шоковым методам относят *электросудорожную терапию* (*ЭСТ*). Применение данного метода эффективно при кататонии, депрессиях психотического уровня, обсессивно-компульсивных расстройствах в рамках шизофрении или биполярного аффективного расстройства. Как правило, данную терапию используют в случае неэффективности иных традиционных для психиатрии методов. Противопоказаниями считаются: тяжелые соматические заболевания, нарушения сердечного ритма, переломы конечностей, тяжелые черепно-мозговые травмы. Обычно ЭСТ проводится на фоне наркоза или миорелаксантов.

Инсулинотерапия подразумевает применение 10—20 сопорозных или коматозных состояний, обусловленных использованием инсулина. Показаниями для применения считается злокачественная параноидная шизофрения, манифестирующая продуктивной или негативной симптоматикой.

Терапия депривацией сна используется для лечения тяжелых депрессивных состояний психотического уровня. Сутью терапии является искусственное лишение пациента сна в течение 1—2 сут.

Особым видом терапии наркомании является так называемая *заместительная терапия*. Ее особенностью является использование в терапевтических и патронажных целях агонистов опиоидов (метадона, субутекса).

Контрольные вопросы

1. Какие группы лекарственных препаратов используются в психиатрии и наркологии?
2. Назовите основные нейролептические вещества.
3. К какой группе психофармакологических средств относится амитриптиллин?
4. При каких психических заболеваниях применяются транквилизаторы?
5. В чем отличие психологического консультирования от психокоррекции?
6. К медицинским или психологическим практикам относится психотерапия?
7. В чем суть позитивной психотерапии?
8. При каких психических заболеваниях используется инсулиншоковая терапия?

9. Какие методы лечения являются показанными при депрессивном синдроме?

10. Какие препараты используются при заместительной терапии наркомании?

Глава 7
СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ И СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

7.1. Оценка психического состояния пациента

Квалифицированная оценка психического состояния пациента в условиях клиники, больницы, амбулатории или диспансера является значимой при выборе эффективных методов оказания медицинской помощи, повышения качества жизни больного и его адаптации к вынужденным условиям, в которых он оказался в силу своего заболевания.

Медицинская сестра, изучая психиатрию с курсом наркологии, целенаправленно готовится к постижению внутренней картины болезни своего пациента. В процессе обследования она должна стремиться понять установки и экспектации (ожидания) пациента в отношении собственного состояния здоровья, использовать их для разработки наиболее эффективной тактики и стратегии терапии заболевания. В отличие от врачебной нозоцентрической диагностики медицинская сестра ориентируется на тонкую феноменологическую оценку состояния пациента, его возможные изменения поведения, опасные действия.

Сестринский диагноз — это квалификация состояния пациента в форме определения ведущего клинического признака (феномена, симптома), его предположительной этиологии, сопутствующих и вероятных проблем. В задачи сестринской диагностики в психиатрии и наркологии входит не только определение основного и определяющего поведение психопатологического симптома, но и оценка адекватности функционирования различных познавательных процессов, адаптированности пациента, эффективности взаимодействий с другими людьми, степени опасности для себя и окружающих. Вследствие этого правильным считается помимо феноменологической диагностики анализ и определение поведения испытуемого в соответствии с нормативным поведением.

При диагностике психического состояния Североамериканской диагностической ассоциацией медицинских сестер приняты следующие разделы-диагнозы:

Адаптация нарушенная.
Безнадежность.
Бессилие.
Боль.
Боль, хроническая.
Внешнее дыхание, спонтанное: неспособность поддерживать.
Выделение мочи, изменение схемы.
Выполнение ролей, измененное.
Газообмен, нарушенный.
Гипертермия.
Гипотермия.
Глотание, нарушенное.
Грудное вскармливание, неэффективное.
Грудное вскармливание, прерванное.
Грудное вскармливание, эффективное.
Дефицит знаний (уточнить).
Дефицит объема жидкости.
Дефицит объема жидкости (высокий риск).
Дефицит игровой активности.
Задержка мочи.
Занятия или заботы родителей, измененные.
Занятия или заботы родителей, измененные, высокий риск.
Запор.
Запор, воображаемый.
Запор, обусловленный патологией толстого кишечника.
Защита, измененная.
Избыток объема жидкости.
Изменение восприятия: зрительного, слухового, кинестетического, вкусового, тактильного, обонятельного.
Индивидуальная психофизиологическая адаптация, неэффективная.
Инфекционная болезнь, высокий риск.
Конфликт выборов (уточнить).
Конфликт при выполнении родительской роли.
Медицинское обслуживание, измененное.
Минутный сердечный выброс, пониженный.
Модели сексуальности, измененные.
Мыслительные процессы, измененные.
Напряжение, связанное с ролью оказывающего помощь, с высоким риском.
Нарушение личностной идентичности.
Нарушение половой функции.
Нарушение самооценки.
Нарушение способности к самоанализу, самонаблюдению и самопознанию.
Нарушение формулы сна.
Нарушение образа тела.
Насилие, высокий риск: направленное на себя или других.
Недержание, императивное.

Недержание кала.
Недержание, психогенное.
Недержание, рефлекторное.
Недержание, тотальное.
Недержание, функциональное.
Недостаточная самопомощь: купание/гигиена.
Недостаточная самопомощь: одевание/уход.
Недостаточная самопомощь: питание.
Недостаточная самопомощь: туалет.
Непереносимость деятельности.
Непереносимость деятельности, с высоким риском.
Несоблюдение режима приема пищи (уточнить).
Обслуживание дома, нарушенное.
Общение, нарушенное вербальное.
Односторонняя заброшенность.
Отравление, высокий риск.
Отрицание, неэффективное.
Очищение дыхательных путей, неэффективное.
Периферическая нейроваскулярная патология, высокий риск.
Питание измененное: в большем количестве, чем требуется организму.
Питание измененное: в меньшем количестве, чем требуется организму.
Питание измененное: высокий риск при большем количестве, чем требуется организму.
Повреждение, высокий риск.
Понос (диарея).
Посттравматическая реакция.
Проникновение инородного тела при вдохе в дыхательные пути (аспирация), с высоким риском.
Проницаемость тканей, измененная: мозговой, сердечно-сосудистой, почечной, желудочно-кишечной, периферической.
Психологическая защита.
Психотравма в сфере духовных переживаний.
Психофизиологическая адаптация в семье, компромиссная, неэффективная.
Психофизиологическая адаптация в семье, потенциал для личностного роста.
Психофизиологическая адаптация в семье, потеря трудоспособности, неэффективная.
Реакция горя, патологическая.
Реакция горя, преждевременная.
Реакция органов дыхания ребенка на отнятие от груди, патологическая.
Рост и развитие, измененные.
Самооценка: ситуационно низкая.
Самооценка: хронически низкая.
Семейные процессы, измененные.
Синдром неупотребления, высокий риск.
Синдром, обусловленный психотравмой в результате изнасилования.

Синдром, обусловленный психотравмой в результате изнасилования, скрытая реакция.

Синдром, обусловленный психотравмой в результате изнасилования, сложная реакция.

Слизистая оболочка ротовой полости, измененная.

Соблюдение схемы лечения, неэффективное.

Социальная изоляция.

Социальное взаимодействие, нарушенное.

Страх.

Стрессовый синдром в связи с изменением окружения.

Схема кормления младенца: неэффективная.

Температура тела, измененная, с высоким риском.

Терморегуляция, неэффективная.

Тип дыхания, неэффективный.

Травма, высокий риск.

Тревога (уточнить уровень).

Удушение, высокий риск.

Усталость.

Физическая подвижность, нарушенная.

Формы поведения, нацеленные на здоровье (уточнить).

Целостность кожи, нарушенная.

Целостность кожи, нарушенная, высокий риск.

Целостность тканей, нарушенная.

Членовредительство, высокий риск.

Как видно из приведенного списка сестринских диагнозов, они основаны на клинической оценке состояния пациента и включают некоторые внешние признаки нарушенного поведения и функционирования больного и их риски.

Для более квалифицированной оценки состояния испытуемого в психиатрической и наркологической клинике требуется четкий, тонкий и дифференцированный анализ его психического статуса. Приведенная ниже схема психологического обследования, феноменологической диагностики и вынесения заключения о психическом состоянии пациента, его внутренней структуре проблемы включает в себя разделы (сферы психической деятельности, познавательные процессы), которые будущая медицинская сестра должна проанализировать, описать и учесть при вынесении заключения.

Наибольшие сложности возникают в процессе дифференциации наблюдаемых психических состояний, явлений и процессов в рамках альтернативы норма — патология. Значимость этой дифференциации обусловлена тем фактом, что медицинская сестра, в случае обнаружения психопатологических расстройств у пациента, утрачивает возможность адекватно и точно понять проявления основного заболевания, так как больной в силу психических нарушений может не вполне правильно (или вовсе неправильно) ощущать, воспринимать, осознавать и демонстрировать проявле-

ния функционирования собственного организма. Все вышеперечисленное при ошибочной диагностике психического состояния способно привести к диагностическим, терапевтическим и организационно-тактическим ошибкам.

Одной из наиболее важных для сестринского диагноза в психиатрии и наркологии считается терминологическая оснащенность диагноста. При описании и обозначении первичного феномена (т.е. феномена, принадлежность которого к обычным, индивидуальным или патологическим, аномальным состояниям до этого неизвестна по причине незавершенности диагностического процесса) предлагается использовать житейские термины — слова, используемые в обыденной жизни при описании переживаний или действий человека. В дальнейшем же предлагается применить психолого-психиатрический синонимический ряд, демонстрирующий, с одной стороны, родство феноменов и симптомов, с другой, их принципиальное, основанное на различиях механизмов возникновения и формирования, сущностное несходство — антонимичность.

В случае утверждения диагноста во мнении, что он имеет дело с индивидуально-психологическими особенностями человека, обыденными переживаниями, должен использоваться терминологический аппарат психологии. Если же анализ первичного феномена указывает на признаки, позволяющие причислить его к психопатологическим симптомам, то диагност обязан применить арсенал психиатрических терминов, как правило, латинского или греческого происхождения. Использование подобного подхода к диагностическому процессу в психиатрии позволяет говорить о квалифицированности специалиста, широте не столько его словарного запаса (хотя и это может указывать на способность более тонко дифференцировать наблюдаемые явления и состояния), сколько глубине ви́дения и понимания проблемы, осознания механизмов психогенеза в норме и патологии.

Знание синонимических рядов позволяет диагносту совершенствовать свою оценку психосоматического состояния испытуемых, подмечать тонкие проявления душевной жизни, которые ускользают от непрофессионала в рамках психолого-психиатрического антогонизма, обедняя и ограничивая его возможности. Так, к примеру, в арсенале медицинской сестры, оценивающей пониженное настроение пациента с оттенком заторможенности и пассивности, не должен присутствовать крайне ограниченный набор терминов-симптомов типа: депрессия и тоска. За феноменом подобного понижения настроения может скрываться целый набор психических переживаний, имеющих собственно психологическое звучание: печаль, грусть, скука, томление, скорбь, уныние, горе, горесть. Игнорирование психолого-психиатрических синонимов способно приводить к диагностическим ошибкам, которые, в свою

очередь, могут приводить к трагическим ошибкам в выборе методик оказания помощи или даже отказе от специализированной помощи.

7.2. Схема обследования больного медицинской сестрой

Схема обследования больного психиатрического или наркологического профиля медицинской сестрой включает пять этапов:

I этап. Медико-психологический анамнез

Анализируется психосоматическое развитие человека, начиная с протекания беременности у матери (с оценкой ее психологического состояния, наличия конфликтов в семье, на работе, желательности или нежелательности беременности и пр.), периода новорожденности, младенчества.

Описываются особенности протекания возрастных кризисов (школьного, пубертатного). Анализируется связь появлявшихся в течение жизни расстройств с психоэмоциональными факторами, оценивается специфика реагирования во фрустрирующих ситуациях, в условиях психологического конфликта. Изучается традиционное для семьи пациента отношение к болезням и сохранению здоровья (соблюдению режима сна, питания, отдыха, наследственность).

Описывается психоэмоциональный фон при возникновении заболевания, динамика психического состояния. Оцениваются семейные и служебные взаимоотношения, эмпатичность или неэмпатичность окружающих по отношению к заболевшему, динамика взаимоотношений с близкими после начала заболевания, особенности реагирования на необходимость проведения диагностических процедур, обращения в медицинские учреждения, взаимоотношения с медицинским персоналом.

II этап. Анализ внутренней картины болезни

Изучается взгляд пациента на механизмы возникновения у него заболевания. Оценивается уровень медицинских знаний и околомедицинских суеверий пациента, приоритетные и желанные методы терапии.

Рациональность или иррациональность в оценке механизмов происхождения заболевания и выборе способов терапии. Анализируется локус контроля пациента (экстернальный или интернальный), его представление о возможных исходах заболевания.

Особое внимание уделяется анализу пациентом роли появившегося у него заболевания для семейных (в том числе, родитель-

ских) и служебных отношений, прогнозирование исходов болезни и его дальнейшей судьбы.

Проводится изучение критичности пациента к собственному заболеванию (наличие анозогнозии).

III этап. Анализ актуального психического состояния пациента

Включает в себя изучение особенностей функционирования различных сфер психической деятельности, темпераментальных, характерологических и личностных особенностей пациента, производимый в процессе клинического психологического интервьюирования. Упор делается на эмоциональных и поведенческих аспектах, возможных ухудшениях состояния, неадаптивных реакциях.

IV этап. Экспериментально-психологическое обследование

Включает проведение тестирования. Выбор методик зависит от выявленных в процессе клинического психологического интервьюирования особенностей.

V этап. Вынесение заключения о психическом состоянии больного и необходимости проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий

Квалифицированное описание психического (психологического) статуса больного является крайне важной составной частью работы медицинской сестры. От того, насколько феноменологически точным и терминологически выверенным оно окажется, зависит верная интерпретация психического состояния человека, оценка его состояния в категориях нормы или патологии, а также выбор методов и способов оказания ему медико-психологической помощи.

Основополагающим принципом формулирования заключения о психическом состоянии испытуемого является описательный, а не оценочный характер наблюдаемых феноменов. Даже если диагност наблюдает психопатологические симптомы, он, в соответствии с принципами феноменологического подхода, обязан на первом этапе использовать при их описании общежитейские (не жаргонные) или литературные слова, а не психиатрические (медицинские) термины. Психологический статус не должен содержать научных психолого-психиатрических терминов, которые могут применяться при вынесении заключения и лишь после феноменологического описания с использованием обоснования наблюдаемого явления или феномена.

Формулирование заключения о психическом состоянии пациента, базирующееся на клиническом психологическом интервьюировании, строится по определенному плану. Вначале приводится

феноменологическое описание внешности, походки, жестикуляции, манеры говорить испытуемого, особенностей его обращения к врачу, стилю предъявления жалоб, описания жалоб и проблемы.

В дальнейшем — более пристальное внимание уделяется оценке деятельности различных сфер его познавательной деятельности, индивидуально-психологических особенностей, мировоззрения. Следует подчеркнуть, что описанию подвергаются лишь существенные для понимания психического состояния больного феномены, а не все имеющиеся.

Приведем развернутую схему феноменологического описания психического статуса больного, разделы, по которым следует оценивать состояние испытуемого, а также примеры формулирования тех или иных состояний. В схеме не содержатся более тонкие феноменологические описания.

Внешность

Одежда, обувь, головной убор, прическа, макияж: цветность, яркость или блеклость; сочетаемость или несочетаемость (различных деталей, цветов, материала, стилей), гармоничность или дисгармоничность; модность, оригинальность или банальность, традиционность; новизна, чистота и изношенность; соответствие или несоответствие времени ситуации болезни, года, суток.

Отношение к собственной внешности: аккуратность или неаккуратность использования одежды, обуви, прически; отношение к ней со стороны испытуемого в процессе беседы.

Примеры. «На испытуемой в момент, когда она вошла в кабинет, была ярко-желтая блузка с красными цветами, вокруг шеи был обмотан шелковый зеленый шарфик с бантом, который она часто во время беседы поправляла». «Ноги были обуты в шерстяные носки и изношенные «бабушкины» калоши, несмотря на то, что на улице стояла жара». «Пиджак был цвета хаки, военного покроя, застегнутый на все пуговицы; судя по тому, что испытуемый часто проводил руками по внутренней стороне ворота, пиджак сжимал ему грудь и горло». «Края рукавов белой рубашки испытуемого были неаккуратно заштопаны красными нитками». «Он сел на стул, предварительно аккуратно разгладив полы пиджака». «Тщательно вытер ноги о половик перед тем, как войти в комнату». «Во время беседы несколько раз поправлял галстук и однажды, в момент, когда разговор прервался на короткий промежуток времени, внимательно рассмотрел свою одежду в зеркале и резкими движениями руки стряхнул что-то с плеч». «Он вошел в кабинет в черном выходном костюме, из-под коротких брюк которого были видны кроссовки красного цвета, надетые на белые в зеленый горошек носки». «После того как на брюки случайно попала капля борща, резко отодвинулся от стола и начал лихорадочно сыпать на пятно соль».

Мимика

Глаза, взор, взгляд: выразительность, живость, подвижность; соответствие или несоответствие иным мимическим движениям и жестикуляции;

Лицо (губы, нос, рот, щеки, лоб): особенности движений губами, носом, ртом; соответствие или несоответствие иным мимическим движениям и жестикуляции.

Отношение к собственным мимическим движениям: наличие осознанности и произвольности; стремление изменить мимические проявления.

Примеры. «Глаза были малоподвижные, застывшие, он смотрел в одну точку, мимо собеседника, обращая на него взор лишь при многократном обращении по имени». «Когда в комнату вошел посетитель, она мимолетно взглянула на него, но затем часто бросала на него опасливый взгляд исподлобья». «Во время беседы на лице испытуемого сохранялось выражение безразличия, при разговоре рот открывался не широко, углы рта оставались малоподвижными». «При рассказе о трагическом событии беззвучно заплакал, не стал вытирать слезы, и они крупными каплями стекали по лицу, подбородку, падая на грудь». «Отмечалось частое появление и быстрая смена гримас — от брезгливости до безудержного смеха». «Периодически у обследуемого возникало подергивание верхнего века правого глаза, и он, волнуясь, что это может быть понято как симуляция, оправдывался: «Это я не специально, нервы пошаливают».

Жестикуляция

Движения руками, ногами, туловищем, походка: выразительность, сила и иные особенности рукопожатия; выразительность и живость жестикуляции; особенности позы и ее динамика; специфика походки; содружественность движений, координация и моторная ловкость или неловкость.

Отношение к собственной жестикуляции: наличие осознанности и произвольности; стремление изменить жестикуляцию.

Примеры. «Войдя в кабинет, твердым шагом направился к столу и подал руку для рукопожатия первым, держа ее вытянутой в локтевом суставе; затем, не спрашивая разрешения, сел на стул». «Часто сопровождала свой рассказ вычурными движениями рук — вывертывала кисти согнутых в локтях рук вовнутрь, театрально прикладывала растопыренные пальцы рук к голове». «Подошел к столу шаркающей походкой». «Шел медленно мелкими шажками, широко растопырив и наклонив руки вперед». «Походка была быстрая и стремительная, движения порывистые и резкие». «Она вошла в комнату крадучись и оглядываясь». «Сев в кресло, положил ногу на ногу, откинулся назад». «Первые минуты она сидела в напряжении со скрещенными на груди руками». «Испытуемый не мог долго усидеть в однообразной позе, несколько раз менял положение тела, то вытягивая ноги вперед, то подгибая их под стул». «Войдя в кабинет,

на несколько минут застыл в однообразной позе с опущенными, как плети, руками; попытки сдвинуть его с места не приводили к успеху, так как мышцы всего тела были напряжены». «Время от времени вне связи с темой разговора совершал круговые движения головой, подмигивал, надувал щеки». «После того, как непроизвольно резко поднимал плечи, извинялся».

Поведение и влечения

Целостная характеристика двигательно-волевых качеств, описание доминирующего стиля поведения.

Специфика влечений, желаний, ожиданий.

Примеры. «Склонен к вызывающему поведению, часто провоцирует врачей на конфликт». «На похоронах вызвалась сказать речь и оскорбила присутствующих тем, что стала упрекать в лицемерии тех, кто пришел на панихиду и говорил теплые слова в адрес умершего». «Проявляет повышенный интерес к собственной внешности, может долгими часами просиживать у зеркала, делая макияж». «Бóльшую часть своего времени тратит на занятия спортом, чередуя в течение дня марафонский бег, плавание, массаж и посещение сауны, причем тяготится нахождением на рабочем месте». «Часто высказывает мысль о желании надолго уехать из дома, жить вместе с единоверцами, посвятить себя служению Богу».

Эмоции (настроение, аффекты, чувства)

Фон настроения (с уточнением того, на основании каких признаков он оценивается).

Особенности эмоционального реагирования в процессе беседы на значимые ситуации.

Особенности вегетативного реагирования.

Точность понимания своего эмоционального состояния и переживаний.

Примеры. «Во время разговора настроение было ровным, однако при воспоминании о трагическом начале заболевания стал гневливым, раздраженным, не смог сдержаться и нецензурно выругался». «При вопросе о муже покраснела, на лбу крупными каплями выступил пот». «Сказала, что испытывает чувство тоски, указав при этом на тягостное чувство в левой половине груди в области сердца». «Свое состояние оценила как апатию — безразличие к тому, что с ней произойдет, при этом часто порывистыми движениями одергивала полы платья, была неусидчивой, мимика выражала повышенную тревогу и возбужденность». «Беззаботно смеялся, был склонен к игривости, шаловливости».

Ощущения и восприятие

Специфика чувствительности и описания ощущений и восприятия.

Степень осознания и критичности к своим ощущениям и восприятию.

Наличие патологических проявлений.

Особенности интерпретации проявления своих ощущений и восприятия.

Примеры. «Жалуется на тянущие боли с области шеи, не позволяющие в полном объеме совершить движения правой рукой, особенно поднять ее вверх». «Говорит о том, что чувствует неприятные ощущения «бульканья крови в сосудах мозга» при наклонах головы». «Боль в ноге характеризует как мозжащую». «Рассказал, что ощущения в голове имеют тенденцию к переходу ощущения затуманенности, повышенной облачности и желеобразности в чувство «цементного монолита», когда «не только мозг становится как железобетонная глыба», но и происходит «сцепка и затвердевание мозгового цемента с черепом». Относится к высказываемым идеям с пониманием того, что это «психическое расстройство».

Речь, голос, письмо

Речь, голос: скорость и темп, замедленность или ускоренность; плавность, ритмичность; интонационная насыщенность, модулированность; внятность или невнятность; грамматическое построение, правильность или неправильность.

Письмо, чтение: правильность написания букв и слов, использование грамматических норм; почерк, величина букв, степень изменчивости подчерка в процессе письма; другие особенности письма (наклон, витиеватость, каллиграфичность, небрежность, склонность подчеркивать, округлять и т.д.); правильность чтения и понимания прочитанного.

Примеры. «Говорил быстро, часто «проглатывая» окончания слов». «К концу фразы речь резко обрывалась, и он начинал новую фразу, не закончив старую». «Речь была замедленной, произносил слова с растяжкой, делая длительные паузы после каждого слова и тяжело вздыхая». «Плавность речи была нарушена, он произносил отдельные слоги и несколько раз пытался связать их в слово». «Речь носила монотонный, плохо модулированный характер». «Говорил невнятно в нос». «Нередко произносит слова, переставляя местами слоги». «Речь носила бессвязный характер — не было возможности понять, о чем он хочет сказать, поскольку он, находясь в радостном возбуждении, произносил отдельные, не связанные между собой слоги, не обращая внимание на окружающих». «Пытаясь написать нужное слово, долго готовился, водя в воздухе ручкой и как бы пробуя изобразить букву». «Во время письма отмечалось дрожание руки, вследствие чего буквы оказались нечеткими, многие из них незавершенными». «На просьбу написать его имя и фамилию трижды написал имя и лишь затем, после подсказки, написал фамилию, совершив грамматические ошибки в виде дублирования букв «И» и «О» в фамилии — Ииваноов».

Внимание

Концентрированность, рассеянность, объем.
Устойчивость, истощаемость.

Примеры. «В процессе беседы часто отвлекается, переспрашивает вопросы». «Отвечая на вопросы теста, вначале легко справлялся с заданиями, затем внимание стало рассеянным — по несколько раз приходилось перечитывать вопросы».

Память

Особенности запоминания, воспроизведения (припоминания).
Длительность сохранения информации.
Кратковременная и долговременная память.
Отношение к особенностям собственной мнестической деятельности.

Примеры. «Хорошо запомнил имя и отчество медицинской сестры и, прощаясь, продемонстрировал это». «Лучше запоминает зрительные образы». «Не смог сразу вспомнить имена и возраст своих детей». «Отвечая на вопрос о его возрасте, правильно назвал год рождения и, смущаясь, сказал, что это легко высчитать, зная, какой сегодня год, отказавшись сделать это самостоятельно».

Сознание и самосознание

Ориентация в месте, времени.
Ориентация в собственной личности.
Самооценка.
Критичность по отношению к себе.

Примеры. «Правильно называет текущую дату, ошибаясь в дне недели». «Считает, что ему не 67, а 37 лет». «Убежден, что он способен лечить других находящихся в отделении пациентов, поскольку обладает особым даром, который открылся ему несколько дней назад. Пытается подтвердить свои способности, давая советы и отменяя назначения врачей».

Мышление

Скорость.
Стройность.
Целенаправленность.
Продуктивность.
Фиксация на тех или иных событиях, ситуациях, объектах.
Наличие патологических проявлений.
Степень осознания и критичности высказываемых идей.

Примеры. «Мышление резко ускорено, очень быстро переходит от одной мысли к другой, не закончив предыдущую». «Мышление замед-

ленное — отвечая на простые вопросы, надолго задумывается, молчит и смотрит в окно». «Мышление алогично и аморфно, строит фразы витиевато, неправильно используя значение слов и так, что делаются неверные выводы из фактов, например, сказал: «Сегодня прекрасный ветер вьюжит по кроне лиственных насаждений, ведь вчера я был так удручен прелестной выходкой собственноручной невесты». «Мышление обстоятельное, подробное, склонен излишне детализировать свой рассказ, останавливаясь на мелочах, которые к сути разговора отношения не имеют». «Высказывает идеи о том, что врачи намеренно ввели ему препараты, вызывающие боли, пойдя на поводу у жены, которая хочет поскорее от него избавиться». «Фиксирован на неприятных ощущениях в области сердца, в разговоре неоднократно возвращался к теме инфаркта». «Убежден, что жена ему изменяет, приводя в качестве доказательства хронометраж времени проезда от места ее работы до дома».

Интеллект и способности

Уровень интеллектуальных способностей.

Уровень общежитейских способностей, общих знаний и умений, понимания отношений между людьми, когнитивный стиль.

Уровень развития речи, словарный запас.

Уровень специальных способностей (математических, праксиса, музыкальных и др.).

Примеры. «Речь испытуемого изобилует научными терминами». «Склонен большое внимание уделять правильному произношению слов и верной постановке ударений». «Несколько раз сделал диагносту замечание о том, что тот неверно ставит ударение в словах». «Проявляет беспомощность в обслуживании себя — не способен надеть брюки, завязать шнурки на ботинках». «Легко справляется с арифметическими заданиями, точно умножает в уме однозначные числа». «Несколько примитивен в понимании намерений других людей, так, считает, что окружающие его обожают, поскольку улыбаются ему и шутят с ним». «Склонна делать глобальные заключения, например, о существовании «энергетического вампиризма» на основании того, что одна ее знакомая как-то испытала на себе исчезновение энергии после общения с бывшим мужем».

Индивидуально-психологические особенности
(характерологические и личностные качества)

Специфика реагирования в типовых ситуациях.

Характерологический радикал.

Мировоззрение.

Внутренняя картина болезни или внутренняя структура проблемы.

Примеры. «Проявляет повышенную пунктуальность и склонен раздражаться на непунктуальность других в случаях, если ему приходится ждать». «Проявляет повышенную брезгливость, старается избегать до-

едать что-либо за детьми из их тарелки, в общественных местах (столовых, на улице) не пользуется общими стаканами или вилками». «Экстравагантен, любит носить яркую, броскую сверхмодную одежду, обсуждать новинки высокой моды». «Аскетичен, может подолгу не видеться с людьми (родственниками, друзьями), тяготится общением, чувствует себя уютно, лишь занимаясь в библиотеке или сидя у компьютера». «Увлекается эзотерической литературой». «Является активным сторонником религиозного течения, регулярно посещая заседания единомышленников, при этом мало интересуется жизнью детей и мужа». «Убеждена, что его болезнь обусловлена тем, что соседка навела на нее порчу».

Сестринская помощь при обнаружении и диагностировании измененного психического состояния пациента заключается в разработке и осуществлении адекватной тактики сестринского процесса. В отличие от этиопатогенетически ориентированной врачебной помощи, сестринская нацелена на психопатологические симптомы и синдромы и связанные с ними риски. Вследствие этого не является принципиальным оказание конкретного вида помощи больному шизофренией или эпилепсией.

Важна феноменологическая центрация сестринской помощи. Кроме того, наиболее важной составляющей сестринской помощи оказывается снижение риска от неадекватного поведения психически больного и оказание ему психологической помощи (поддержки).

Следует учитывать следующие особенности психического состояния больного: уровень психических расстройств (экзогенный, психогенный, эндогенный); степень критичности пациента к выявляемым расстройствам и неадекватности поведения; степень опасности (риска) развития агрессивного или аутоагрессивного поведения; индивидуально-типологические и морально-нравственные особенности личности пациента; особенности поддержки пациента со стороны его семьи.

Перечисленные факторы предопределяют выбор методов и способов взаимодействия с пациентом в психиатрической и наркологической клинике, специфику оказания им сестринской помощи.

Контрольные вопросы

1. Что такое сестринский диагноз?
2. Какие существуют основные сестринские диагнозы?
3. Каковы этапы обследования больного психиатрического или наркологического профиля?
4. Что включает в себя анализ внешности больного при обследовании его психического статуса?
5. Что включает в себя понятие сестринской помощи в психиатрии и наркологии?

Раздел II
ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Глава 8
ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ, СОМАТОФОРМНЫЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ

8.1. Невротические расстройства

Группа психических и поведенческих расстройств, обозначенная термином «пограничные», характеризуется, во-первых, психогенным или личностным механизмом возникновения, во-вторых, непсихотическим уровнем наблюдаемых психических расстройств. Пациенты с пограничными психическими расстройствами критически относятся к своей болезни, осознают ее патологический характер. При данных расстройствах не наблюдается бредовых идей, галлюцинаций, деменции и прочих нарушений психотического уровня.

Невротические расстройства — психические расстройства, обусловленные внутриличностным конфликтом в связи с воздействием на человека значимых психических травм и несовершенством механизмов антиципации (вероятностного прогнозирования) и психологической компенсации, проявляющиеся непсихотическими психическими и соматовегетативными нарушениями.

Одной из основополагающих проблем психиатрии считается проблема *реакции личности на психологический стресс*. Под стрессом в психологическом ракурсе понимается воздействие на человека, его организм и личность фрустрирующих, психотравмирующих событий с формированием расстройств как на уровне психического, так и соматического реагирования.

Центральными вопросами становятся вопросы о методах и механизмах формирования связанных со стрессом нарушений, выбором невротического или психосоматического пути синдромогенеза, а также преморбидных индивидуально-психологических особенностях, способствующих и препятствующих появлению расстройств.

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (рис. 8.1). При-

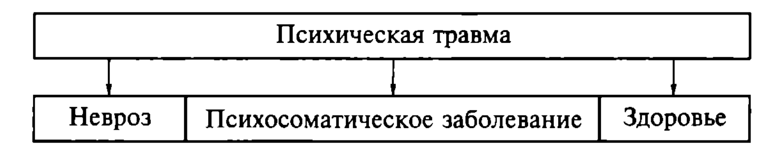


Рис. 8.1. Воздействие на человека психической травмы

чем, по мнению некоторых ученых (*В. С. Ротенберг*, *В. В. Аршавский*), альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях».

Этиопатогенез. Современную ситуацию в неврозологии можно без преувеличения обозначить проблемной. В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антинозологические позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом.

Подобная *антинозологическая платформа* ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Дж. Вольпе о том, что невроз — это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения. Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода.

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И. П. Павлова о том, что всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык. Что касается нервной клиники, то почти все наблюдаемые невротические симптомы можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами.

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значе-

нии каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предиспозиции, облегчающей формирование невротической патологии» (*В. Б. Захаржевский*, *М. Л. Дмитриева*, *В. Х. Михеев*).

Важное значение придается так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания.

Несмотря на то, что М. Г. Айрапетянц и А. М. Вейн отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенезе «негрубой органической мозговой предиспозиции» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых доказательств, — пишут они, — прямого участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессовой ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным». Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либо диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения посредством грубой деформации условий жизни.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представления о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (*В. Н. Мясищев*).

Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних другим, видимо исходя из известного высказывания В. Франкла о том, что каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия. Это высказывание, дополненное географической характеристикой — месторасположением — и превращенное в высказывание о том, что каждому времени и месту присущ свой

невроз, — объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза.

Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза. Психоанализ З.Фрейда объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века.

Ноогенный характер невротических расстройств, описанный В. Франклом, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила В. Франклу оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20%-й представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

Учитывая очевидный факт фрагментарности западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера, следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени патогенеза неврозов.

В настоящее время объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза факторами являются: *психическая травма и преморбидные психологические особенности личности и ее базовых параметров — темперамента и характера.*

Психической травмой называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма как событие или ситуация стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации Д. Магнуссона, существует пять уровней определения ситуации:

1) стимулы — отдельные объекты или действия;

2) эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие;

3) ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями;

4) окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций;

5) среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так и окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются

следующие ее характеристики: интенсивность, смысл, значимость, актуальность, патогенность, острота появления (внезапность), продолжительность, повторяемость, связь с преморбидными личностными особенностями.

В. Н. Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые* и *условно-патогенные*, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей — смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста).

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы, по мнению Н.Пезешкиана, складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, например, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

По мнению Б.Д. Карвасарского, существуют два подхода к построению классификации невротических конфликтов. К первому относятся попытки феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, представляет классификация по генезу, участвующих внутренних личностных механизмов развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В. Н. Мясищева, который рассматривал три основных типа невротических конфликтов: *истерический*, *обсессивно-психастенический* и *неврастенический*.

Подобный подход предопределял значимость не столько психической травмы в изолированном виде, сколько базовых психологических параметров личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение

приобретает история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений.

Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний.

Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

При анализе работ психологов и психиатров, нацеленных на выявление специфических преморбидных психологических особенностей больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей *высшей нервной деятельности* (темперамента) указывал еще И. П. Павлов. Основными поставщиками неврозов, по И.П.Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия.

Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И. П. Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

Наряду с темпераментом, большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются *акцентуации характера*. Широкую известность приобрело положение В. Магнана об обратно пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза: чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («невропатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения.

Б.Д. Карвасарский, рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и невро-

зов, считал, что, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера.

Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической почвы на неврозогенез существуют различные точки зрения, то роль акцентуаций характера выделяется практически всеми учеными. Наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения невротических расстройств. К тому же, отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные клинические формы невротических расстройств.

Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или реже при некоторых смешанных с истероидным типах — лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном.

Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, А. Е. Личко отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

В психологических работах анализом особенностей темперамента и характера исчерпываются исследования предрасполагающих к неврозам факторов. Если же рассмотрению подвергаются некото-

рые личностные качества, то чаще всего их круг не широк и строго предопределен методико-теоретической базой исследования.

В. Н. Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности — ценностных ориентаций человека. Было выделено три группы людей в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является принципиально важной и в которой сосредоточен «смысл жизни». Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценности которых были сосредоточены *в семье*, психотравмирующим в большей степени становился развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на *ценности карьеры*, служебного статуса, невроз возникал после таких психотравм, как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене. Третья группа людей, значимой для которых являлась *область хобби*, психотравмой становилась, например, утрата коллекции.

В настоящее время можно считать доказанной участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции неврозогенеза (*В.Д. Менделевич*). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами.

Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «*потенциального невротика*», названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные.

В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеть неврозом.

Под вероятностным прогнозированием понимается предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о наличной ситуации. Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается опреде-

ленная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка — подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящим с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели (*И. М. Фейгенберг*).

Клинические проявления невротических расстройств разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Остановимся на наиболее ярких и часто встречающихся в практике медицинской сестры.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Этот тип расстройства возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека. Вначале к таким событиям были отнесены лишь военные действия (война во Вьетнаме, Афганистане). Однако вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, которое перестало быть экcквизитным.

Посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, обусловливается следующими факторами:

1) военными действиями;

2) природными и искусственными катастрофами;

3) террористическими актами (в том числе, взятием в заложники);

4) службой в армии;

5) отбыванием заключения в местах лишения свободы;

6) насилием и пытками.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, нередко ведет к аддикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

К типичным психическим реакциям на стресс относятся расстройства адаптации в виде депрессивных реакций, реакций с преобладанием тревоги или нарушением поведения, диссоциативные расстройства.

Расстройства адаптации. Эти расстройства считаются состояниями субъективного дистресса и проявляются, в первую очередь, эмоциональными расстройствами в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию. Психотравмирующий фактор может поражать интегральность со-

циальной сети человека (потеря близких, переживание разлуки), широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей, а также затрагивать микросоциальное окружение. В случае *депрессивного варианта* адаптационного расстройства в клинической картине появляются такие аффективные феномены как горе, понижение настроения, склонность к уединению, а также суицидальные мысли и тенденции.

При *тревожном варианте* доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости, тревоги и страха, спроецированной в будущее, ожидание несчастья. Одним из своеобразных вариантов адаптационных расстройств считается *паническое расстройство*, характеризующееся повторяющимися приступами (атаками) тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом возникают периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушениями поведения в виде ажитации (психомоторного возбуждения), страха приближающейся смерти, который проявляется тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, ощущениями удушья, головокружением и чувством нереальности происходящего.

Диссоциативные расстройства. В условиях острых психических травм при невозможности, неумении или нежелании разрешить возникшие проблемы нередко наблюдаются диссоциативные (конверсионные) расстройства. В целом они характеризуются частичной или полной утратой нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролированием движений собственного тела, с другой. *Диссоциативная амнезия* проявляется потерей памяти на недавние существенно значимые события, вызвавшие шоковую аффективную реакцию. Как правило, больными амнезируются несчастные случаи, трагедии, и нарушения памяти носят парциальный и селективный характер. *Диссоциативный ступор* характеризуется временным состоянием обездвиженности (ступора) вслед за воздействием острой психотравмы. Пациент может замирать на определенное время, слабо реагировать на внешние стимулы, быть отрешенным. Типичным для него является неподвижность и снижение активности в движениях. При *диссоциативной фуге* наблюдается сочетание признаков диссоциативной амнезии с внешне целенаправленными действиями, путешествиями, во время которых больной поддерживает упорядоченное поведение, ухаживает за собой. Длительность данного расстройства колеблется от нескольких дней до недели.

Трансы и *состояния овладения* в первую очередь характеризуются временной потерей чувства личностной идентичности и осознавания окружающего. Нередко пациенты убеждены, что управ-

ляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Они не всегда в состоянии контролировать свои поступки. Возможно так называемое *расстройство множественной личности*, сопровождающееся убежденностью человека в том, что он объединяет в себе две или более личностей, каждая из которых обладает полнотой, характеризуясь собственными предпочтениями, памятью, поведением. При этом, как правило, одна личность является доминантной, а вторая — подчиненной.

Диссоциативные расстройства моторики проявляются в виде расстройств движений, ощущений, утраты чувственного восприятия. Возможны признаки анестезии, потери чувств, глухоты, аносмии, «сужении полей зрительного восприятия».

Психотическим вариантом реагирования на острый стресс являются *синдром Ганзера* и *пуэрильный синдром*. При этом вслед за психотравмирующим воздействием возникает сложное психическое расстройство, характеризующееся псевдодеменцией, неспособностью ответить на простые вопросы, мимоговорением («приблизительными ответами») и поведением глубоко интеллектуально сниженного человека. При пуэрильном синдроме поведение человека характеризуется детскостью. Речь становится шепелявой, используются типичные для детей неологизмы, коверкание слов, неправильное построение фраз, детские интересы в выборе игр и игрушек.

Типичные невротические симптомокомплексы. Длительные и хронические психотравмирующие воздействия на человека приводят к формированию типичных невротических симптомокомплексов: *астенического*, *депрессивного*, *ипохондрического*, *ананкастического*. Значимым для диагностики невротических расстройств и отграничения их от неврозоподобных и иных психических нарушений является описанная К. Ясперсом *триада невротических расстройств*:

1) невроз вызывается психической травмой;

2) жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»);

3) после исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают.

Астенический синдром в рамках невротических расстройств (*неврастения*) является неспецифическим ответом личности и организма на психотравму. Он проявляется такими симптомами как раздражительность, эмоциональная лабильность, непереносимость громких звуков, яркого света, возникновение периодов негодования в случаях критики или осуждения со стороны окружающих за те или иные поступки, снижение работоспособности в силу быстрой утомляемости, физическая слабость и сонливость в течение дня, нарушения сна с преобладанием расстройств за-

сыпания, кошмарных сновидений и отсутствие чувства свежести после пробуждения.

Депрессивный синдром — *депрессивный эпизод* — характеризуется выраженным понижением настроения, фиксацией на психотравмирующей ситуации, появлением мыслей о никчемности и бесперспективности жизни, невозможности найти выход из сложившейся ситуации.

Ипохондрический симптомокомплекс проявляется фиксацией внимания пациента на состоянии своего физического здоровья с преувеличением тяжести имеющихся расстройств, выискиванием несуществующих нарушений. Он может сопровождаться тревогой и страхом, а нередко и рентными установками.

Обсессивно-компульсивное и тревожно-фобическое расстройство. Особое место в ряду невротических симптомокомплексов занимают ананкастические (навязчивые) состояния — обсессивно-компульсивное и тревожно-фобическое расстройство. Они представлены тремя вариантами (рис. 8.2).

Под *обсессиями* понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием больного и от которых он не может волевым усилием избавиться. Их иногда обозначают «умственной жвачкой». Мысли «приходят в голову» как бы автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятельностью. Нередко встречаются навязчивое влечение запоминать имена и названия (ономатомания), навязчивый счет (арифмомания), при котором человек склонен постоянно подсчитывать какие-либо предметы — окна в домах, номера машин, ступени на лестнице.

Компульсии проявляются навязчивыми, не поддающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например: тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание и проглатывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев. Встречаются также навязчивые двигательные ритуалы в виде навязчивого мытья рук с целью исключения случайного заражения, навязчивых поступков (псевдосуеверий) — носить сумку только пряжкой внутрь, не наступать на трещины в асфальте и т.д.

Фобии составляют самую многочисленную группу навязчивых состояний. Насчитывается более 300 форм навязчивых страхов. Наиболее известными являются социальные фобии, суть которых



Рис. 8.2. Структура ананкастического синдрома

заключается в навязчивом страхе испытать внимание окружающих или совершить что-то, что могло бы вызвать неудовольствие со стороны участников коммуникации. К таким *социофобиям* относят: страх покраснения при людях (эрейтофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх неудержания газов в кишечнике или страх рвоты в обществе, страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте, страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и т.д.

Нередко встречаются *нозофобии* — навязчивые страхи заболеть какой-либо болезнью: инфарктом миокарда (кардиофобия), раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), СПИДом (спидофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения.

Особыми видами фобий являются *агорафобия* и *клаустрофобия*, являющиеся по сути метафобиями, т.е. навязчивым страхом, возникающим вследствие существования у человека иных фобий. При агорафобии навязчивый страх затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (на улице, площади, в толпе), при клаустрофобии — в закрытых, замкнутых помещениях (лифте, вагоне поезда, салоне трамвая или автобуса). При этом, в первую очередь, возникает страх оказаться оставленным без помощи (например, потерять сознание). Клинически навязчивые страхи сопровождаются паническими атаками, выраженной тревогой, часто двигательным беспокойством и неусидчивостью.

8.2. Психосоматические и соматоформные расстройства

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, проявляющиеся, в первую очередь, соматическими эквивалентами психических расстройств, с другой стороны. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса.

Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

Актуальность изучения психосоматических взаимовлияний достаточно аргументировать следующими фактами. По данным Э.Стромгрена и В.Лунна, не менее 30 % больных, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары,

имеют невротические симптомы, а 22 % лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50 % рабочего времени медицинских работников.

Под *психосоматическими расстройствами* понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Этиопатогенез. Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

Психофизиологическая модель. Основоположником изучения психофизиологических взаимосвязей считается И. П. Павлов, впервые описавший условные и безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы соответствуют инстинктам и побуждениям и являются врожденными. Условные же рефлексы формируются вследствие научения с целью адаптации к окружающему миру.

В экспериментах на животных можно добиться формирования «*экспериментального невроза*» в результате закрепления условнорефлекторных связей. В дальнейшем психофизиологическая модель была дополнена исследованиями У. Коннона и Г. Селье. У. Коннон обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к «борьбе или бегству». Человек находится в готовности переживания, которая позволяет ему опознавать определенные события как экстремальные. Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. При этом для появления сопутствующих телесных реакций не имеет значения, идет ли речь о ложном истолковании или об истинном. Основываясь на данных У. Коннона, Г. Селье описал патогенез стресса, введя понятие *адаптационного синдрома* — неспецифической реакции организма, в которой различают три фазы: тревоги, сопротивления и истощения, ведущими к соматическим изменениям.

Психодинамические концепции. Традиционно отправной точкой психосоматики считаются впервые описанные З. Фрейдом конверсионные симптомы при истерии (слепота, глухота, двигательные нарушения). Основываясь на исследованиях З. Фрейда, Ф. Александр предложил термин «вегетативный невроз», симптомы которого являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Ф. Александр задал важное направление психосоматическим исследованиям, указав, что специфичность клинических проявлений следует искать в конфликтной ситуации.

Некоторые ученые пытались найти взаимосвязь между соматическими реакциями и постоянными личностными параметрами.

М. Шур предложил теорию «десоматизации и ресоматизации», объясняющую возникновение психосоматических симптомов вследствие нарушения бессознательного реагирования из-за «ресоматизации». Был предложен термин «болезнь готовности», при которой происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации органных функций. В соответствии с данной точкой зрения заболевание развивается в случаях, когда разрешение состояния готовности оказывается невозможным. Это может быть следствием нарушения созревания или потери мотива на основе вытеснения.

Важным этапом развития науки было описание П. Суфиниусом понятия «алекситимия», обозначающее неспособность человека к эмоциональному резонансу. Психосоматические пациенты значительно отличаются от невротиков, которые готовы «выговориться» о своих проблемах, т. е. вербальное поведение невротиков отличается от поведения психосоматических больных, для которых характерны обеднение словарного запаса и неспособность вербализовать конфликты.

Близкой является точка зрения Н. Пезешкиана, трактующая психосоматические симптомы как способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом. Имеется точка зрения о том, что психосоматические больные не в состоянии адекватно перерабатывать свои переживания потери объекта, воспринимая ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной и возникающая депрессия может вызывать телесные нарушения (*G. Engel*, *A. Schmale*).

Системно-теоретические модели. Системная концепция рассматривает человека как открытую подсистему в иерархическом ряду других открытых подсистем. Это воззрение уточняет Х. Гюнтерн, который пытается охватить индивидуума в целостной системной концепции и описывает различные уровни организма — физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный. Изменения на одном из уровней действуют в качестве стимуляторов на другом уровне, вызывая тем самым соматические расстройства.

Социопсихосоматика. Понятие «социопсихосоматика» было введено С. Шафером. К. Делиус считал, что социопсихосоматика начинается тогда, когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто болен или чувствует себя больным во взаимодействии с врачом или медицинским работником, осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем. Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств: конверсионные симптомы; функциональ-

ные синдромы (органные неврозы); психосоматические заболевания (психосоматозы).

При ***конверсионных симптомах*** невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку (*Б. Любан-Плоцца*, *В. Пельдингер*, *Ф. Крегер*). Симптом имеет символический характер, а его демонстрация может пониматься как попытка разрешения конфликта. Отнесение конверсионных симптомов к психосоматическим можно считать обоснованным в тех случаях, когда они не сопровождаются иными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, в частности психопатологическими (амнезией, фугой, трансом, состояниями овладения). В противном случае их следует рассматривать как невротические.

Функциональные синдромы являются наиболее типичными и хорошо известными медикам общей практики. Они представляют собой набор симптомов, затрагивающих разные органы и системы: сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую и двигательную.

Из расстройств *сердечно-сосудистой системы* типичными являются неврозы сердца, гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии и синдром вегетативно-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии. В понятие «невроза сердца», или функциональных нарушений сердечного ритма, включают нарушения сердечной деятельности, проявляющиеся тахикардией, ощущением учащенного сердцебиения, сердечными спазмами и короткими аритмиями. Пациенты указывают на чувство сдавливания в области сердца, сопровождающееся одышкой, разнообразными парестезиями, страхом удушья и развития инфаркта миокарда.

Наиболее распространенным является синдром вегетативно-сосудистой дистонии. С учетом разделения вегетативной нервной системы на симпатический и парасимпатические отделы с преобладанием в клинической картине проявлений затронутости одного из них синдром вегетососудистой дистонии проявляется в двух формах: *симпатикотонической и вагоинсулярной.*

При симпатикотонической форме преобладают бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глазах и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность к тахикардии, тахипноэ, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца.

Для ваготонии характерны холодная, влажная, бледная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, тенденция к артериальной гипотонии, дыхательная аритмия, склонность к обморокам и прибавке в массе. В рамках функциональных расстройств синдром вегетативно-сосудистой дистонии может проявляться как пароксизмально, так и перманентно.

К психовегетативным симптомам причисляют также нарушения цикла сон — бодрствование (в виде *гиперсомнического* и *агрипнического синдромов*) и нарушения терморегуляции (например, *субфибрилитет*). Под функциональными (истерическими) гиперсомниями понимают нарушения бодрствования в виде длительной спячки человека, наступающей вслед за сильными эмоциональными переживаниями.

В литературе наиболее длительный случай истерической гиперсомнии, продолжавшийся 164 дня, наблюдал У. Гарднер.

Агрипнический синдром характеризуется стойкой бессонницей и связанными с ней вегетативными проявлениями. Субфебрилитет как реакция организма на психоэмоциональные воздействия характеризуется повышением температуры тела и неадекватными температурными реакциями.

Типичными функциональными синдромами нарушений *дыхательной системы* являются *гипервентиляционный синдром*, *кашель «закатывание»*, *невротический дыхательный синдром*, *или дыхание вздохами*. Синдром гипервентиляции характеризуется ускорением и учащением дыхания, связанным с чувством нехватки воздуха, стеснения в груди и компульсивно глубоким дыханием. У больного могут появляться такие симптомы, как судорожное сведение конечностей, парестезии в области рта и конечностей, нередко аэрофагия и метеоризм.

При невротическом дыхательном синдроме дыхание характеризуется часто прерываемыми углубленными вдохами, удлиненным шумным выдохом. Больные указывают на невозможность вздохнуть «полной грудью», отмечая скованность грудной клетки («дыхательный корсет»). Кашель «закатывание» проявляется надрывностью, чувством неудовлетворения после каждого следующего откашливания. Он может проявляться так называемыми «подкашливаниями» — своеобразными двигательными актами, целью которых является устранение дискомфорта в дыхательном горле («снятия пленки или слизи»).

Расстройства, затрагивающие *желудочно-кишечный тракт*, разделяются на функциональные симптомы и нарушения пищевого поведения. К первым относятся: *аэрофагия*, *метеоризм*, *запоры* и *диарея*; ко вторым — *анорексия* и *булимия*.

При аэрофагии происходит заглатывание человеком большого количества воздуха с формирующимся чувством переполнения желудка и потребностью освободить его от воздуха. Именно поэтому частым симптомом аэрофагии считается громкая насильственно совершаемая отрыжка воздухом. Пациенты склонны с целью устранения чувства дискомфорта в области желудка неоднократно и часто совершать отрыжку. При этом не всегда она достигает цели и требуется многократное повторение данного действия.

Признаками метеоризма выступают неприятное «бурление и урчание» в животе, сопровождающееся чувством дискомфорта, а иногда и болью. Расстройство пищевого поведения в виде нервной анорексии заключается в исчезновении у человека в силу эмоциональных переживаний и психологических причин аппетита. Он склонен отказываться от пищи, что нередко сопровождается рвотой.

Булимия характеризуется противоположными признаками: частым появлением очерченных во времени приступов голода и связанного с ним переедания, а также активным контролем веса путем частых рвот или использования слабительных.

К функциональным расстройств *мочеполовой системы* обычно причисляют *функциональные сексуальные расстройства*: психогенную импотенцию, аноргазмию, вагинизм, диспареунию, преждевременную эйякуляцию. Симптом психогенной импотенции проявляется нарушением эрекционной составляющей копулятивного цикла, исчезновением достаточной для совершения коитуса эрекции при сохраненном уровне либидо. Преждевременная эйякуляция характеризуется семяизвержением либо до начала коитального контакта, либо в процессе его, но до достижения оргазма партнершей. Оба перечисленных синдрома, возникающих у мужчины, сопровождаются глубокими психологическими переживаниями и вторичными соматоформными расстройствами.

Функциональные сексуальные нарушения у женщин включают утрату способности испытывать удовлетворение при сексуальном взаимодействии (аноргазмия), появление болевых и иных неприятных ощущений во время коитального контакта (диспареуния) и спастическое сокращение мышц влагалища при подготовке к коитальному контакту или гинекологическому обследованию (вагинизм).

Отдельными симптомами функциональных психосоматических расстройств считаются *болевой синдром* и *зуд*. Первый проявляется двумя формами: *психогенной болью* и *фантомной болью*. Участие психологических факторов в формировании болевых ощущений общепризнанно. Однако ученые выделяют самостоятельную форму боли — психогенную, в тех случаях, когда говорить об иных факторах, вызывающих ее, можно лишь условно. Часто психогенная боль сочетается с другими функциональными расстройствами. Так, в рамках диспареунии основных симптомом является боль, возникающая в половых органах женщины только при коитальном контакте, тогда как гинекологическое обследование не обнаруживает болевых ощущений. При фантомной боли больные ощущают боль в ампутированной конечности. При этом возникают ощущения покалывания, распирания, жжения, чувство холода или тяжести. Психогенный кожный и аногенитальный зуд характеризуются выраженным ощущением жжения либо на поверхности кожи, либо в области промежности. Почесывание и прикосно-

вения становятся самоцелью, однако не снимают симптомов зуда, а лишь усиливают проявления зуда.

К группе *психосоматозов*, или *психосоматических заболеваний* в узком смысле относятся соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психический фактор в случаях психосоматических заболеваний выступает в виде личностной предиспозиции, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

Описан *спектр психосоматических заболеваний* (рис. 8.3), на одном краю которого располагаются соматические заболевания, роль психического фактора в происхождении которых максимальна, на другом — минимальна.

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «святой семеркой» (*holy seven*), относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной:

эссенциальная гипертония;
язвенная болезнь 12-перстной кишки;
бронхиальная астма;
сахарный диабет;
нейродермиты;
ревматоидный артрит;
язвенный колит.

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания, как: гипертиреоз, миома матки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие.

Основными параметрами личности, склонной к формированию *эссенциальной гипертонии*, считается интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Ф. Александр считал, что появление гипертонии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать



Рис. 8.3. Спектр психосоматических заболеваний

как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями, как одновременная нацеленность на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов.

В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику.

По мнению В.С. Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характерен для людей со склонностью к заболеванию *язвенной болезнью 12-перстной кишки*. У человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни. К. Овербек предложил типологию язвенных больных в зависимости от некоторых психологических параметров их личности.

При *бронхиальной астме* отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается как конфликт «владеть — отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой, часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Кроме того, отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Личность больного *сахарным диабетом* описывается как в обязательном порядке включающая чувство хронической неудовлетворенности. Однако считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности. К *нейродермитам* психосоматического генеза относят *экзему* и *псориаз*. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение. При *язвенном колите* замечено возникновение заболевания после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали. Для пациентов с *ревматоидным артритом* специфичными

считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Следует отметить, что перечисленные личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями не следует абсолютизировать. Они лишь отражают общие тенденции.

Наиболее разработанными являются психологические типы личности, склонные к ишемической болезни сердца. *Коронарный тип личности А*, предрасположенный к инфаркту миокарда, включает в себя такие свойства, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени для выполнения своих многочисленных планов, находится в цейтноте. Он одержим стремлением сделать все лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, постоянно напряжен. Его рабочий день расписан по минутам. Ишемия может возникнуть в случае появления неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля и самообладания. Попадая в такие ситуации, человек вначале начинает энергично предпринимать усилия по восстановлению контроля над ситуацией, поскольку бессилие разрешить конфликт унижает его в собственных глазах. Но если эта активность (даже гиперактивность) не приводит к немедленному успеху и неэффективность действий становится очевидной для индивида, он дает реакцию капитуляции и заболевает. Противоположностью типа личности А является тип В, у которого стенокардия и инфаркт миокарда встречаются вдвое реже.

8.3. Личностные расстройства (психопатии)

В соответствиями с диагностическими критериями, предложенными Международной классификацией психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10), к личностным расстройствам причисляют глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций в виде чрезмерных либо существенно отклоняющихся от обычного образа жизни особенностей восприятия, мышления, чувствования и, особенно, интерперсональных отношений. Личностные расстройства представляют собой онтогенетические состояния, появляющиеся в детстве и подростковом возрасте и сохраняющиеся в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отноше-

нию к другому психическому расстройству или заболеванию. Выделяют следующие личностные расстройства: параноидное; шизоидное; диссоциальное; эмоционально неустойчивое; истерическое; ананкастное (обсессивно-компульсивное); тревожное (уклоняющееся); зависимое.

Параноидное расстройство личности характеризуется:

1) чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам;

2) тенденцией постоянно быть недовольным кем-то, т. е. отказом прощать оскорбления, причинением ущерба и отношением свысока;

3) подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;

4) воинственно-щепетильным отношением к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

5) возобновляющимися неоправданными подозрениями относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;

6) тенденцией к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;

7) охваченностью несуществующими «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Разновидностями параноидного расстройства личности могут быть: фанатичное, экспансивно-параноидное, сенситивно-параноидное и кверулянтное расстройства личности.

Шизоидное расстройство личности должно удовлетворять следующему описанию:

1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего;

2) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;

3) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;

4) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;

5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом;

6) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;

7) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;

8) заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям;

9) отсутствие близких друзей или доверительных связей и желания иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности выражается грубым несоответствием между поведением и господствующими нормами и характеризуется:

1) бессердечным равнодушием к чувствам других;

2) грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;

3) неспособностью поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;

4) крайне низкой толерантностью к фрустрациям, а также низким порогом разряда агрессии, включая насилие;

5) неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно из наказания;

6) выраженной склонностью обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

К диссоциальному личностному расстройству относят социопатическое, аморальное, асоциальное, антисоциальное, психопатическое расстройства.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуется повышенной импульсивностью без учета последствий, неустойчивостью настроения, сниженной способностью планировать собственную деятельность. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства: импульсивный и пограничный тип. При первом преобладает эмоциональная неустойчивость и импульсивность, при втором, наряду с эмоциональной лабильностью, отмечается нарушение образа «Я», намерений и внутренних предпочтений человека.

Истерическое расстройство личности характеризуется:

1) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;

2) внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;

3) поверхностностью и лабильностью эмоциональности;

4) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой человек находился бы в центре внимания;

5) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;

6) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Ананкастное (*обсессивно-компульсивное*) *расстройство личности* проявляется:

1) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности;

2) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;

3) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующему завершению задач;

4) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;

5) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям;

6) ригидностью и упрямством;

7) необоснованными настойчивыми требованиями того, чтобы другие все делали в точности, как сам человек, или неблагоразумным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям;

8) появлением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности характеризуется:

1) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;

2) представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

3) повышенной озабоченностью критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях;

4) нежеланием вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;

5) ограниченностью жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

6) уклонением от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Зависимое расстройство личности включает:

1) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни;

2) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит человек, и неадекватную податливость их желаниям;

3) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивид находится в зависимости;

4) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

5) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

6) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадриваний со стороны других лиц.

8.4. Терапия пограничных психических расстройств

Одним из основных способов терапии пограничных психических расстройств считается психотерапия. Она включает использование как консультативных и коррекционных методик, так и собствен-

но психотерапии (см. разд. 6.5). Необходимость и обоснованность использования арсенала психофармакологических средств при пограничных психических расстройствах также не вызывает сомнений, так как психопатологические и вегетативные симптомы имеют нейробиологическую базу и одними лишь методами психотерапии купировать данные расстройства не представляется возможным.

По мнению В. Н. Краснова и И. Я. Гуровича (1999), для выбора варианта терапевтических воздействий необходимо оценить следующие факторы: выраженность и длительность расстройства; выраженность дезадаптации в связи с расстройством; результаты предшествовавшего лечения; имеющиеся возможности поддержки со стороны близких; культуральные и социальные особенности больного.

Учитывая тот факт, что не существует единого подхода к пониманию механизмов неврозогенеза, основной терапевтической мишенью становится невротический симптом (клиническая форма невротического расстройства). Психофармакологической же основой терапии невротических расстройств становится использование транквилизаторов (анксиолитиков), антидепрессантов, «малых» нейролептиков и препаратов из некоторых иных групп.

Как показывают исследования, значимым и эффективным считается применение помимо психотропных средств вегетотропных лекарств. Далее приводятся рекомендации по психофармакотерапии невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, разработанные как авторами, так и другими специалистами (*В. Н. Краснов*, *И. Я. Гурович*).

При тревожно-фобических расстройствах эффективным считается применение антидепрессантов (имипрамина, кломипрамина, доксепина, тразодона, миансерина, пирлиндола), транквилизаторов (диазепама, лоразепама, альпрозолама, клоназепама, феназепама), β-адреноблокаторов (пропранолона, тразикора, обзидана), ноотропов (ноотропила, пирацетама, пантогама, фенибута), реже нейролептиков (хлорпротиксена, сульпирида, алимемазина, левомепромазина, тиоридазина).

При посттравматическом стрессовом расстройстве рекомендуется использование антидепрессантов (кломипрамина, имипрамина, амитриптиллина, тианептина, пирминола, пипофезина, моклобемида, миансерина, тразидона), карбамазепина, солей лития, нейролептиков (тиоридазина, алимемазина) и транквилизаторов.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства диктуют необходимость сочетания гипнотерапии с использованием транквилизаторов (диазепама, феназепама), нейролептиков (тиоридазина, алимемазина, перициазина, сульпирида, хлорпротиксена, хлорпромазина, левомепромазина) и антидепрессантов (кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин).

При соматоформных расстройствах адекватным считается применение транквилизаторов (диазепама, феназепама, альпрозолама, клоназепама), β-адреноблокаторов (обзидана, тразикора, пропранолола), антидепрессантов (тианептина, пирлиндола, пипофезина, кломипрамина, имипрамина, амитриптиллина, миансерина, циталопрама, флувокситина, тразадона) и нейролептиков (тиоридазина, алимемазина, хлопротиксена, сульпирида). Лечение личностных расстройств включает сочетание психокоррекционных мероприятий с применением транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков.

Контрольные вопросы

1. Какие психические расстройства относятся к группе пограничных?
2. Чем пограничные психические расстройства отличаются от иных?
3. Какие характеристики психической травмы являются наиболее значимыми для формирования невротических расстройств?
4. Каковы механизмы формирования невротических расстройств?
5. Что такое агорафобия?
6. Каковы признаки посттравматического стрессового расстройства?
7. Что характеризует параноидное расстройство личности?
8. Какие заболевания входят в группу классических психосоматических заболеваний («святую семерку»)?
9. Какие существуют функциональные расстройства?
10. Какие препараты используются в лечении невротических и соматоформных расстройств?

Глава 9

ШИЗОФРЕНИЯ И БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Шизофрения — группа эндогенных (наследственно-конституциональных) психических расстройств, характеризующихся прогредиентностью течения, типичными психопатологическими синдромами и исходом.

Этиопатогенез. К группе расстройств с мультифакторным генезом, в котором преобладающими являются эндогенные (наследственно-конституциональные) факторы, относится шизофрения и биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз — по старой классификации). В отличие от других психических и поведенческих расстройств механизмы этиопатогенеза шизофрении и биполярного аффективного расстройства до конца не изучены. По мнению большинства специалистов (*Э. Торри*, *Г. Каплан*, *Б. Сардок*), можно выделить несколько теорий воз-

никновения шизофрении. Существующие теории причин возникновения шизофрении не исключают одна другую.

В соответствии с *генетическими теориями* шизофрения является наследственным заболеванием, передаваемым одним или несколькими генами. Одним из фактов в пользу генетических теорий является то, что шизофрения часто встречается в рамках отдельной семьи. Вероятность развития заболевания у брата, сестры или ребенка больного шизофренией индивида составляет примерно 10 %, тогда как вероятность заболевания у человека, не имеющего больных родственников, — лишь 1,5 %. Проведенные обследования однояйцевых близнецов свидетельствуют о том, что вероятность шизофрении у брата или сестры уже больного близнеца составляет примерно 30—50 %. У разнояйцевых близнецов вероятность заболевания второго близнеца при заболевшем первом составляет 10—15 %. Обследование детей, родившихся от больных шизофренией родителей, которых затем усыновили здоровые семьи, показало, что у таких детей сохраняется повышенная вероятность заболевания (10 %), тогда как у родных детей их приемных родителей эта вероятность составляет всего 1—1,5 %.

Есть основания предполагать, что шизофрения не является наследственным заболеванием в чистом виде, а скорее ее развитие обусловлено *генетической предрасположенностью* к воздействию некоторого вызывающего ее фактора. Это ставит шизофрению в один ряд с такими болезнями, как ревматоидный артрит, инсулинзависимый диабет, рак молочной железы (у женщин), рак кишечника и многими другими. Не вызывает сомнений тот факт, что генетическая предрасположенность к этому заболеванию проявляется лишь в том случае, если человек подвергается воздействию соответствующего фактора. Однако такие болезни не могут считаться собственно наследственными, так как они не передаются с помощью генов.

Дофаминовая и *другие нейрохимические теории*. В последние годы основное внимание приковано к нейромедиатору дофамину — одному из химических веществ класса катехоламинов, которые передают информацию от одних нервных клеток к другим. Исследование уровня дофамина при шизофрении было обусловлено тем, что большие дозы амфетаминов вызывают увеличение содержания дофамина и в то же время дают симптомы, напоминающие шизофренические. Кроме того, известно, что лекарственные препараты, оказывающие эффективное действие при лечении шизофрении, блокируют действие дофамина. Вследствие всего этого многие ученые предположили, что одной из причин возникновения шизофрении является именно повышение уровня дофамина. В организме человека дофамин под воздействием ферментов расщепляется на свои составляющие, одной из которых является моноаминоксидаза (МАО). Этот фермент стал главным объектом изучения.

При исследовании шизофрении изучались и некоторые другие нейромедиаторы, включая норадреналин, серотонин, глютаминовая кислота, гистамин, ацетилхолин и нейропептиды. Улучшение технической оснащенности исследований позволило повысить точность измерения концентрации этих и других химических веществ и количества их рецепторов. В настоящее время данные по этому поводу нельзя считать убедительными, за исключением, пожалуй, обнаружения в некоторых зонах головного мозга повышенного количества дофаминовых рецепторов (*Э. Ф. Торри*).

Вирусные теории, считающиеся устаревшими, основывались на предположении о том, что существует инфекционный возбудитель шизофрении. Современные теории инфекционного происхождения шизофрении сосредоточены главным образом на вирусах. Доказательства вирусного происхождения заболевания являются по большей части косвенными. Было, в частности, продемонстрировано, что, кроме вируса гриппа, существует несколько других вирусов, которые могут поражать головной мозг и иногда давать симптомы, напоминающие шизофрению. Работы, проведенные в Финляндии, Дании, Великобритании и Японии, показали также, что у женщин, подвергавшихся воздействию вируса гриппа в течение первых трех месяцев беременности, имеется большая вероятность родить ребенка, у которого впоследствии разовьется шизофрения.

Так как распространение многих вирусных заболеваний обусловлено временем года, это нередко служит объяснением сезонности рождений будущих больных шизофренией. Известно также, что вирусы могут вызывать некоторые физические недостатки, изменение дерматоглифики, осложнения в период беременности и родов, а также приводить к появлению на свет мертворожденных детей, что, в свою очередь, может объяснять связь всех этих явлений с шизофренией. Некоторые вирусы могут также воздействовать на метаболизм дофамина. Кроме того, доказана наследственная предрасположенность к вирусным инфекциям.

К недостаткам вирусных теорий шизофрении относится тот факт, что до сих пор не было обнаружено никакого конкретного вируса, вызывающего шизофрению. Исследования вирусных антител, антигенов, геномов, клеточных заболеваний, эксперименты по передаче этого заболевания на животных приводят к самым разным, часто противоречащим друг другу результатам.

Появление *теорий, основывающихся на дефектах в развитии*, связано с увеличивающимся количеством фактов, выявляемых с помощью магнитно-резонансных, гистологических и нейрохимических исследований, посвященных наличию физических недостатков, отпечаткам пальцев, осложнениям при беременности и родах, а также сезонности рождаемости будущих больных шизофренией. Эти данные свидетельствуют о возможности возникновения шизофрении вследствие повреждений головного мозга, имев-

ших место на раннем этапе жизни. Согласно подобным теориям, соответствующее поражение головного мозга может быть вызвано любой из довольно длинного перечня причин, если только это поражение имеет место в определенный период развития плода или непосредственно после рождения ребенка.

По словам доктора Д.Вайнбергера, одного из главных сторонников этой теории, к возможным причинам могут быть отнесены «наследственная энцефалопатия или вызванная внешними факторами травма, инфекция или постинфекционное состояние, расстройство иммунной системы, родовая травма, отравление на ранней стадии развития, первичное нарушение обмена веществ и другие события, имевшие место в раннем детстве».

Клиника. Для распознавания шизофрении не существует абсолютно патогномоничных симптомов. Однако можно говорить о том, что типичными и определяющими для диагностики заболевания являются расстройства мышления, часть из которых практически не встречается при других психических заболеваниях (разорванность, резонерство, ментизм, шперрунг и др.). Могут встречаться некоторые расстройства восприятия (нередко вербальные псевдогаллюцинации), расстройства сознания (чаще онейроидное), двигательно-волевые нарушения (кататонический синдром, абулия), эмоциональные феномены (апатия, амбивалентность).

В МКБ-10 отмечается, что мышление при шизофрении становится нечетким, прерывистым, неясным, аморфным, а речь иногда непонятная. Прерывание мыслей и «вмешивающиеся мысли» также представляют собой частое явление, и у больных появляется ощущение «отнятия мыслей». Амбивалентность и волевые расстройства могут проявиться как инертность, негативизм или ступор. Возможны кататонические расстройства.

Учитывая тот факт, что шизофрения проявляется в нескольких клинических формах, типичными могут оказываться различные симптомы и синдромы.

Считается, что наиболее важными для диагностики шизофрении являются следующие симптомы:

а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);

б) бред воздействия, влияния или пассивности, относящиеся к движениям тела или конечностей, или к мыслям, действиям, или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные «голоса», представляющие собой текущий комментарий к поведению больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

г) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи или неологизмам;

д) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

ж) негативные симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;

з) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Обычным требованием для диагностики шизофрении является наличие, как минимум, одного четкого симптома и двух менее четких, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца. Состояния, отвечающие этим требованиям, но продолжающиеся менее месяца (независимо от того находился больной на лечении или нет), оцениваются как острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

Начало заболевания может быть острым с выраженными нарушениями поведения или постепенным, с нарастающим развитием необычных для данного человека идей и поведения. Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект. Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу болезни.

Выделяют четыре клинические формы шизофрении: параноидную, кататоническую, гебефреническую и простую.

Параноидная форма шизофрении характеризуется преобладанием галлюцинаторно-бредовых расстройств с типичной динамикой. Обычно заболевание начинается с бреда отношения и значения без признаков галлюцинаций. Пациент замечает, что окружающий мир изменил к нему отношение, что люди стали приглядываться к его действиям, поступкам, высказываниям. Он отмечает, что незнакомые люди обращают на него внимание, ухмыляются или подсмеиваются. Куда бы ни пришел пациент (особенно в транспорте), он ощущает на себе неприязненные взгляды окружающих. Постепенно могут возникать бредовые идеи значения, при которых появляются суждения о том, что мир начинает носить знаковый символический характер, и за происходящими событиями скрывается тайный смысл.

На втором этапе бредовые идеи трансформируются в бред преследования. Больной начинает высказывать идеи и вести себя в соответствии с убеждением о том, что за ним ведется целенаправленное наблюдение, что его преследуют какие-то люди. Вна-

чале пациент не до конца понимает, кто может устроить за ним слежку и с какой целью. Но затем все выстраивается для больного в систему объяснения (толкования) происходящих в реальности событий. Он видит за ними систему преследования. Этот этап параноидной формы шизофрении называется паранойяльным. Он характеризуется доминированием систематизированного бреда преследования, ревности, высокого происхождения, ипохондрического.

Поведение больного меняется в зависимости от формы бреда: при бреде преследования он начинается скрываться, «уходить от погони», прятаться; при бреде ревности — следить за супругом (супругой), искать доказательства измены; при ипохондрическом бреде — обнаруживать у себя несуществующие заболевания, перепроверять диагнозы врачей, обращаться за новыми исследованиями; при бреде высокого происхождения — проявлять чувство гордости за родственные связи с известными люди.

На следующем этапе параноидной формы шизофрении, обозначаемом галлюцинаторно-параноидным, к систематизированному бреду присоединяются слуховые галлюцинации (наличие зрительных галлюцинаций является нетипичным для шизофрении). Вначале появляются истинные галлюцинации, отражающие содержание бредовых идей. Пациент «слышит», как окружающие обсуждают его жизнь, намекают на его слабости, упрекают его в чем-либо. Типичным становится комментирующий характер галлюцинаторных образов, тесно переплетающийся с бредом. Затем начинают преобладать вербальные псевдогаллюцинации. Пациент обращает внимание на то, что «голоса» подсказывают ему, как поступать, что делать и чего не стоит делать. Он ведет с «голосами» внутренний диалог, так как галлюцинаторные образы не проецируются в реальное пространство, а, как правило, слышатся внутри головы.

Наиболее типичным для параноидной формы шизофрении является появление на следующем этапе развития болезни синдрома психического автоматизма Кандинского — Клерамбо. Суть его заключается в том, что постепенно пациент начинает ощущать себя во власти каких-то сил, людей, энергии, гипноза. Он отмечает, что кто-то с помощью волн или воздействия управляет его мыслями (ассоциативный автоматизм) — замедляет или ускоряет мышление, путает мысли, заставляет думать о чем-то; управляет движениями, походкой, поступками, действиями (кинестетический автоматизм) — двигает его ногами или руками, языком, заставляет произносить бранные слова, ударять кого-либо; управляет его ощущениями и чувствами (сенестопатический автоматизм) — вызывает неприятные ощущения в теле, конечностях, меняет физиологические процессы. Содержание галлюцинаций совпадает с ощущениями пациента. Бредовые идеи преобразуют-

ся в бред воздействия. Пациент убеждает себя в том, что какая-то группа людей с определенными целями преследует его, действует на него с помощью специальной аппаратуры.

Если заболевание продолжается (т. е. не наступает ремиссии или выздоровления), то обычно синдром Кандинского — Клерамбо трансформируется в вариант, при котором изменяется направление мнимого психического воздействия. Больной начинает осознавать, что обладает особым даром, способностью целенаправленно воздействовать на окружающий мир и людей. Он высказывает бредовые идеи величия, отмечает собственную способность руководить действиями людей, политическими процессами и природными явлениями. Фон настроения меняется с тревожного на благодушный.

Кататоническая форма шизофрении в отличие от параноидной не включает в себя систематизированный бред или галлюцинаторный синдром. Она характеризуется преобладанием кататонического синдрома в изолированном или сочетанном с иными психопатологическими расстройствами виде. Как правило, заболевание начинается остро с признаков кататонического ступора или возбуждения. Пациент неожиданно для окружающих становится обездвиженным или ограниченным в движениях. В рамках ступора он может на короткое или длительное время застывать в однообразных позах. При этом обнаруживается мутизм (немота) и невозможность вступить с больным в продуктивный контакт. Могут появляться симптомы каталепсии — восковой гибкости, «воздушной подушки». Если заболевание проявляется в виде кататонического возбуждения, то преобладающими становятся стереотипии (непродуктивные однотипные действия в форме раскачиваний, топтаний, взмахов и пр.), импульсивные действия. Нередко ступор может сменяться возбуждением, и наоборот. Сознание пациента может быть нарушено и проявляться в виде онейроида. Он не вступает в речевой контакт с окружающими, при этом может чему-то улыбаться, быть зачарованным или проявлять агрессию.

Гебефреническая форма шизофрении, так же как и кататоническая, обычно появляется остро. Преобладающими симптомами при гебефрении становится расторможенность пациента в виде так называемого дурашливого вычурного поведения без признаков повышенного настроения. Возбуждение характеризуется неусидчивостью, нелепостью поведения, резкими нецеленаправленными движениями, сопровождающимися невозможностью вступить с больным в продуктивный контакт, гримасничанием. Со стороны поведение выглядит как нарочитое, неестественное. Доминируют двигательно-волевые нарушения, расторможенность влечений.

Простая форма шизофрении характеризуется преобладанием негативных симптомов над позитивными. Обычно заболевание появляется в подростковом возрасте и может быть похожим на

дисгармоничный пубертатный криз. Типичными становятся такие симптомы, как абулия в виде утраты интересов к любой деятельности, стремление избегать работы, учебы и развлечений, нежелания заниматься повседневными обычными делами; аутизм в форме замкнутости, нелюдимости, отшельничества; апатия, характеризующаяся прогрессирующим снижением уровня эмоционального реагирования, ангедонией, паратимией. Типичным является также снижение общей продуктивности, неспособность соответствовать требованиям общества. Нередко перечисленные симптомы сочетаются с характерными для шизофрении расстройствами мышления (аморфностью, соскальзываниями, разноплановостью, резонерством).

Отличительной особенностью течения шизофрении является его конечная стадия (*шизофренический дефект*). Традиционно выделяется два основных типа дефекта: парциальный (диссоциированный) и тотальный. У больных с парциальным типом дефекта картину изменения личности характеризуют признаки диссоциации (расщепления психической деятельности): выраженный эмоциональный дефект с холодностью, нарушения жизненных контактов с окружающими в сочетании с повышенной ранимостью и чувствительностью по отношению к себе самому. Практическая неприспособленность, несостоятельность в учебе и работе у них нередко сосуществуют с наличием достаточно обширных запасов знаний, с односторонними увлечениями. В картине негативных изменений, характеризующих больных с тотальным типом дефекта, на первый план выступают признаки дефицита активности и эмоциональности, бедность побуждений и интересов, ограниченность знаний, пассивность и вялость наряду с признаками аутизма и чертами психической незрелости. Формированию каждого из этих типов дефекта предшествуют соответствующие дизонтогенезы: парциальный тип развивается на основе искаженного дизонтогенеза, тотальной — на основе задержанного.

Латентная форма шизофрении или *шизотипическое расстройство* характеризуется нечеткими, неразвернутыми признаками шизофренического спектра, отсутствием тенденции к видоизменению и развитию болезни. Данный вид психической патологии можно рассматривать как неразвернувшуюся до степени выраженных клинических проявлений шизофрению. Нередко расстройство проявляется непсихотическими симптомами: псевдоневротическими или сходными с личностными расстройствами. При псевдоневротическом варианте преобладают симптомы невротического регистра (астенические, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, конверсионные, сенестопатически-ипохондрические).

Типичным для шизотипического расстройства считаются такие проявления, как: 1) аморфное со склонностью с разорванности и разноплановости мышление, использующее латентные при-

знаки при анализе; 2) эмоциональное огрубение, неадекватный аффект; 3) чудаковатость, странности в поведении, выходящие за рамки культуральных и возрастных особенностей; 4) магическое мышление; 5) подозрительность; 6) необычные транзиторные феномены восприятия.

Помимо разделения по клиническим формам шизофрения разделяется по типам течения. Выделяется три типа течения шизофрении: непрерывный (непрерывно-прогредиентный), ремитирующий (приступообразный) и эпизодический (приступообразно-прогредиентный).

При *непрерывном развитии симптомов болезни* происходит без ремиссий (за исключением медикаментозной), один этап сменяет другой. Как правило, данный тип течения характерен для простой и параноидной форм шизофрении.

Ремитирующий тип течения болезни характеризуется острым началом и окончанием заболевания. Длительность приступов шизофрении может быть различной (от нескольких недель до года). В отличие от непрерывного типа течения ремитирующее характеризуется возможностью выздоровления пациента после приступа. Считается, что полностью выздоравливают около 25 % больных шизофренией. Обычно это происходит при ремитирующем типе течения болезни. Преобладающими клиническими формами при этом являются параноидная и кататоническая.

Приступообразно-прогредиентный тип течения болезни можно назвать смешанным, так как он объединяет приступы психотических расстройств и нарастание эмоционально-волевого дефекта. Типичным для него является неполный выход из приступа в выздоровление, а сохранение некоторых симптомов заболевания в период ремиссии. Если заболевание не удается купировать, то с каждым новым приступом (эпизодом) происходит трансформация симптоматики как во время приступа, так и углубление дефекта в межприступный период.

Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз в старой терминологии). Так же как и шизофрения, этот вид расстройства относится к эндогенным психическим расстройствам, обусловленным наследственно-конституциональными факторами. Заболевание протекает в виде эпизодов аффективных (эмоциональных) расстройств различной длительности. Выделяют как чередующиеся у одного человека маниакальные и депрессивные эпизоды, так и изолированные эпизоды одной из аффективных форм. Длительность эпизодов варьирует от двух недель до полугода. Между приступами отмечается полное выздоровление.

Маниакальные эпизоды характеризуются беспричинным повышением настроения, веселостью, беспечностью, повышенной активностью (в том числе сексуальной), общительностью. Паци-

енты становятся расторможенными, склонными к авантюрам, рискованным действиям, что не было характерным для них в преморбидном периоде.

Депрессивные эпизоды, так же как и маниакальные, возникают вне зависимости от внешних объективных обстоятельств. Они характеризуются резким беспричинным понижением настроения, тоской, пессимизмом, вялостью, пассивностью. Нередко появляются бредовые идеи виновности (вплоть до нигилистического бреда Котара), уничижения, суицидальные мысли и тенденции. Отмечается типичная суточная динамика — симптомы депрессии наиболее выраженными оказываются в утренние часы и в первой половине дня. Помимо психопатологических симптомов могут появляться соматические в виде снижения аппетита, констипации, аменореи. *Циклотимия* является неразвернутой формой биполярного аффективного расстройства.

Промежуточное положение между шизофренией и биполярным аффективным расстройством занимают так называемые *шизоаффективные расстройства*, при которых сочетаются симптомы двух заболеваний.

Терапия эндогенных психических расстройств (шизофрении, шизотипического и биполярного аффективного расстройств). Терапия заболевания включает в себя в первую очередь применение арсенала *нейролептических препаратов*. Считается, что наиболее эффективными в лечении шизофрении являются такие нейролептики как галоперидол, трифтазин, азалептин, мажептил, аминазин, сероквель. Помимо психофармакотерпии в лечении шизофрении используется инсулинкоматозная терапия.

При лечении биполярного аффективного расстройства используются антидепрессанты (в случае преобладания депрессивных эпизодов) и нормотимики (в случае доминирования маниакальных эпизодов). К первым относят — амитриптиллин, мелипрамин, ципрамил, леривон, ремерон, прозак; ко вторым — соли лития, например, лития оксибутират, финлепсин. Использование психотерапевтических воздействий при эндогенных психических расстройствах не является эффективным и обоснованным.

Контрольные вопросы

1. К какой группе психических расстройств относится шизофрения (экзогенной, эндогенной или психогенной)?
2. Какова вероятность развития шизофрении у человека, не имеющего родственников, страдавших этим заболеванием?
3. Назовите основные теории шизофрении.
4. Сколько клинических форм шизофрении классифицируется по МКБ-10?
5. В чем специфика динамики психопатологических расстройств при параноидной шизофрении?

6. Сколько выделяется типов течения шизофрении?

7. Что характеризует гебефреническую форму шизофрении?

8. Какие симптомы позволяют диагностировать шизотипическое расстройство?

9. При какой форме шизофрении преобладающими являются негативные психические расстройства?

10. Как до МКБ-10 называлось биполярное аффективное расстройство?

Глава 10

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, при которой отмечаются специфические психопатологические расстройства и изменения личности. Заболеваемость составляет 50—70 случаев на 100 тыс. чел. По определению Всемирной организации здравоохранения, *эпилепсия* является хроническим заболеванием головного мозга различной этиологии, проявляющимся повторяющимися припадками и разнообразными клиническими и параклиническими (в первую очередь, психопатологическими и поведенческими) симптомами. В основе возникновения эпилептических припадков лежит внезапный разряд корковых нейронов.

Этиология и патогенез. Несмотря на длительную историю изучения данного заболевания, его этиологию и патогенез нельзя считать достаточно ясным. Развитие эпилепсии определяется рядом факторов. Существенную роль в возникновении эпилепсии (особенно некоторых ее форм) играет наследственно-генетическая предрасположенность. Важным моментом развития болезни является наличие очага эпилептической активности, возникающего при органическом поражении головного мозга различной природы (атрофии и дегенерации мозгового вещества, опухоли, кисты, рубцового перерождения ткани и т.д.).

Немаловажным механизмом развития эпилептических припадков считается чрезмерная поляризация нейронов в эпилептическом очаге, ведущая к возникновению синхронных разрядов, распространяющихся на другие участки мозга. К настоящему времени установлена роль метаболических процессов в головном мозге в возникновении эпилепсии, ослабление биохимических процессов антиэпилептической защиты мозга в виде дисбаланса системы ДОФА — дофамин — норадреналин, а также аминокислотного обмена (ГАМК, глютаминовая кислота и тормозных медиаторов — глицина, таурина).

В развитии эпилепсии важное значение имеют экзогенные факторы. В различные возрастные периоды определены группы забо-

леваний, наиболее часто приводящие к возникновению симптоматической эпилепсии. В пери- и постнатальном периодах она наиболее часто обусловлена родовыми травмами, гипоксией мозга, нейроинфекциями. У больных после 40—50 лет возникновение эпилептических припадков может быть вызвано опухолями, сосудистыми или дегенеративными заболеваниями головного мозга. В развитии эпилепсии важным является предрасположенность к ней в виде повышения «порога судорожной готовности» мозга.

В соответствии с Международной классификацией эпилепсии и эпилептических синдромов (1989), а также Международной классификации эпилептических припадков (1981) различают *идиопатическую* (ранее обозначавшуюся как первичная, генуинная) эпилепсию, которая квалифицируется в тех случаях, когда причина заболевания не установлена, и *симптоматическую.*

Идиопатическая эпилепсия часто развивается на базе наследственной отягощенности и возникает в раннем возрасте (детстве или юношестве). К симптоматической эпилепсии относят случаи заболевания с установленной этиологией. Заболевание является следствием органического поражения головного мозга (травмы, опухоли).

Криптогенная эпилепсия диагностируется в тех случаях, когда клинические характеристики припадков позволяют предполагать органическое повреждение головного мозга, но причину его не удается выявить. Кроме этого выделяют *специальные эпилептические синдромы.* К ним, в частности, относят припадки, связанные с определенной ситуацией. Так, в детском возрасте (до 5 лет) нередко наблюдаются генерализованные судороги на фоне повышения температуры тела (*фебрильные припадки*). В одних случаях подобные припадки бывают кратковременными, в других длительными и осложняются серией приступов. Имеются данные о повторяемости фебрильных припадков почти у $^1/_3$ детей. Мнения о возможности дальнейшего развития эпилепсии как заболевания у таких детей являются неоднозначными. Полагают, что около 3—5%, имевших фебрильные судороги, имеют риск формирования эпилепсии. Важным при этом является наследственная отягощенность, ранний возраст развития первого припадка (до 18 мес). К эпилептическим синдромам, связанным с определенной ситуацией, относят *метаболические припадки*: при различных нарушениях обмена — почечной недостаточности, гипергликемии, токсических воздействиях (лекарственных, алкоголя). Из лекарственных веществ припадки могут вызываться кокаином, амфетаминами, токсическими дозами пенициллина, изониазида. Развитие припадка после приема алкоголя происходит в абстинентный период (от 7 до 48 ч) и характеризуется развитием генерализованных судорог на фоне других проявлений абстиненции. Часто возникает серия припадков (2—6), между которыми больной приходит в сознание.

Клиника. Классификация эпилептических припадков наиболее удобна для практического применения с учетом постановки диагноза и выбора лечебной тактики. Согласно данной классификации выделяют *генерализованные эпилептические припадки* и *парциальные* (*локальные, фокальные*). При генерализованных припадках в патологический процесс изначально вовлекаются оба полушария головного мозга. Генерализованные припадки сопровождаются потерей сознания, вегетативными расстройствами и могут быть как судорожными, так и бессудорожными. Выделяют следующие виды первично-генерализованных припадков:

абсансы и атипичные абсансы;
миоклонические;
клонические;
тонические;
тонико-клонические;
атонические.

Парциальные припадки обусловлены наличием эпилептогенного очага в каком-либо участке головного мозга. Они имеют различные клинические признаки в зависимости от локализации очага. Выделяют следующие 4 вида парциальных припадков.

1. Парциальные простые припадки без нарушения сознания:

с моторными признаками — фокальные с моторным маршем (джексоновские) или без него (адверзивные; постуральные, речевые);

с соматосенсорными или специфическими сенсорными симптомами (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, припадки головокружения эпилептического характера);

с вегетативными симптомами или признаками (ощущением дискомфорта в эпигастрии, тахикардией, повышением артериального давления, потливостью, бледностью, покраснением лица и т.д.);

с психическими симптомами (дисфазическими, дисмнестическими, когнитивными, аффективными; иллюзиями и галлюцинациями).

2. Парциальные сложные припадки с нарушением сознания:

начинающиеся как простые парциальные с последующим нарушением сознания: а) с признаками простых парциальных припадков, без автоматизмов, б) с автоматизмами;

начинающиеся с нарушения сознания: а) без автоматизмов, только с нарушением сознания, б) с автоматизмами.

3. Парциальные припадки с вторичной генерализацией:

простые парциальные припадки (А) с вторичной генерализацией;

сложные парциальные припадки (Б) с вторичной генерализацией.

простые парциальные припадки, переходящие в сложные парциальные с вторичной генерализацией.

4. Неклассифицированные эпилептические припадки.

Наиболее частым среди генерализованных эпилептических припадков является *большой эпилептический припадок* (*grand mal*). Чаще всего он развивается внезапно или может иметь предвестники в виде повышенной раздражительности, слабости, головной боли, смены настроения. Часто развитие припадка начинается с *ауры* (лат. *aura* — дуновение), которая имеет стереотипные проявления у одного и того же больного. Клинические проявления ауры зависят от расположения эпилептического очага в головном мозге.

Выделяют несколько основных видов ауры. К сенсорной ауре относят простые и сложные галлюцинации в различных сферах: вкусовой (неприятный вкус, вкус металла и т.д.), зрительной (мелькание блестящих зигзагов, молний или видение людей, предметов), слуховой (шум, гул, звонки, оклики, звуки или мелодии), обонятельной (неприятный, гнилостный запах).

Моторная аура характеризуется выполнением определенных стереотипных движений до развития припадка (повороты головы и глаз в сторону, движения конечностями, сосательные движения и т.д.). Сенситивная аура проявляется различными расстройствами ощущений (онемение, чувство ползания мурашек и т.д.). Речевая аура проявляется насильственным произнесением отдельных слов, звуков. Психическая аура сопровождается различными эмоциональными состояниями в виде необъяснимого удовольствия, радости или, наоборот, ощущения чего-то неприятного, ужаса, страха. Вегетативная аура может характеризоваться различными ощущениями от внутренних органов (сердечные боли, неприятные ощущения в области живота сердцебиение, чувство нехватки воздуха, позывы на дефекацию или мочеиспускание, приливы жара к телу, озноб и т.д.).

Продолжительность ауры — несколько секунд. После нее разворачивается припадок с потерей сознания. В отличие от припадка, ощущение ауры запоминается больными. Потеря сознания и падение при генерализованном припадке мгновенное, из-за чего больные часто травмируют себя. Потеря сознания сопровождается вегетативными расстройствами в виде расширения зрачков, гипергидроза, тахикардии.

Приступ начинается с появления *тонической фазы* (тонических судорог), длящихся около 10—30 с. При этом появляется напряжение туловища и конечностей с вытягиванием их: голова запрокинута, ноги вытянуты и приведены друг к другу, руки разогнуты или частично согнуты в локтевых суставах. Как следствие спазма голосовой щели и сокращения мышц грудной клетки возникает «нечленораздельный» крик. Во время тонической фазы припадка наблюдается задержка дыхания, цианоз лица, набухание вен шеи, сжатие челюстей. Глаза обычно открыты и отведены в одну или разные стороны. Следующая за тем клоническая фаза припадка

проявляется толчкообразными движениями конечностей, головы и туловища, которые по мере стихания припадка заменяются более редкими сокращениями мышц.

Длительность *клонической фазы* составляет до 1—3 мин. Дыхание во время клонических судорог хриплое, шумное, прерывистое. Изо рта больного выделяется пенистая слюна, часто окрашенная кровью из-за прикуса языка и слизистой оболочки щек. Отсутствует реакция больного на внешние раздражители, зрачки расширены и не реагируют на свет, нередко наблюдается непроизвольное мочеиспускание. После завершения судорог зрачки в течение нескольких минут остаются широкими, отсутствуют зрачковые и роговичные рефлексы. Восстановление сознания после припадка происходит постепенно и часто завершается сном. По выходе из припадка может быть дезориентация, головная боль, чувство разбитости, боль во всем теле. Наблюдается амнезия припадка.

Иногда может наблюдаться только клоническая или только тоническая фаза генерализованного припадка, которые интерпретируются и обозначаются как неразвернутый, редуцированный припадок.

Электоэнцефалографические характеристики большого эпилептического припадка заключаются в появлении низкоамплитудных ритмических разрядов с частотой 8—14 Гц с последующим возрастанием амплитуды до 100—200 мкВ (при тонической фазе) и переходом в разряды пик-волна и полипик-волна (при клонической фазе).

Другим видом генерализованных припадков является *абсанс* (от фр. *absence* — отсутствие). Абсансы могут быть простыми, т.е. характеризоваться только нарушением сознания без наличия иных симптомов, и *сложными*, т.е. помимо отключения сознания сопровождаться различными неврологическими симптомами.

Простой абсанс характеризуется внезапным «застыванием», обездвиженностью. Длительность такого припадка 5—20 с. При этом любая деятельность, которую больной вел до приступа (движения, речь), прекращается, взгляд останавливается, становится расфокусированным, отсутствующим. Во время приступа наблюдаются вегетативные расстройства в виде бледности кожи лица или его покраснения, усиление саливации. После завершения приступа больной продолжает прерванные занятия, не осознавая случившегося с ним и не помня о происшедшем. Постприпадочного состояния спутанности при данной форме не развивается. Нередко абсансы не замечаются окружающими. ЭЭГ картина подобного припадка характеризуется пароксизмами разрядов с частотой 3 Гц в виде комплекса пик-волна. Частота абсансов может достигать несколько десятков в день.

Простые абсансы обычно наблюдаются в детском возрасте, не сопровождаются интеллектуальными нарушениями и неврологи-

ческой органической симптоматикой. Чаще отмечается благоприятный прогноз заболевания с исчезновением приступов к подростковому возрасту. Иногда у взрослых на смену детско-юношеских абсансов приходят большие судорожные припадки.

Сложные абсансы помимо выключения сознания и вегетативных расстройств проявляются различными двигательными феноменами — атонией мышц, акинезией, миоклониями, двигательными автоматизмами. Исходя из характера моторных проявлений, абсанс соответственно обозначается (атоническим, миоклоническим и пр.). При атоническом абсансе наблюдается внезапная утрата мышечного тонуса, из-за чего больной падает сам или роняет предметы. Длительность приступа от нескольких до десятков секунд.

Миоклонический абсанс характеризуется помимо выключения сознания двусторонним подергиванием мышечных групп конечностей (чаще рук) и лица. Длительность приступа составляет несколько секунд. Абсанс автоматизма сопровождается стереотипным выполнением движений: причмокиванием, облизыванием, поворотами шеи и туловища, жеванием, потиранием рук и другими жестами. Сложные абсансы имеют ЭЭГ-характеристики в виде ритмичных комплексов пик-волна с частотой 3 Гц. Меньшая частота комплексов (1,5—2,5 Гц) характерна для особой формы абсанса — синдрома Леннокса—Гасто.

Данный синдром возникает в возрасте от 1 до 8 лет и может быть обусловлен различными причинами (перинатальными повреждениями мозга, нейроинфекциями, аномалиями развития). Как правило, у детей с подобной формой абсанса отмечается умственная отсталость, органическая неврологическая симптоматика и плохой прогноз течения эпилепсии.

Миоклонические припадки — вид генерализованных приступов, проявляющихся единичными или серийными миоклониями (подергиваниями мышц). Чаще всего наблюдаются двухсторонние миоклонии, которые могут быть как симметричными, так и несимметричными. Миоклонии могут встречаться в рамках сложных абсансов или парциальных припадков.

Атонические (*астатические*, *акинетические*) *припадки* проявляются резкой, внезапной потерей мышечного тонуса и вследствие этого падением больного. Они часто сопровождаются травмами. Продолжительность приступа от нескольких секунд до 1 мин. После приступа нередки состояния спутанности сознания. Выключение мышечного тонуса (атония) может наблюдаться в рамках сложного абсанса.

Парциальные припадки обусловлены очаговым (локализованным) поражением определенного участка мозга; подразделяются на простые, сложные и парциальные припадки с вторичной генерализацией. Простые парциальные припадки характеризуются возник-

новением различных симптомов (моторных, сенсорных и т.д.) на фоне сохранного сознания. Клинические симптомы парциальных приступов позволяют установить зону патологии в головном мозге. Наиболее ярким примером моторного парциального припадка является моторный джексоновский припадок, возникающий при локализации эпилептического очага в первичном двигательном поле — коре прецентральной извилины. Он характеризуется приступом клонических судорог, возникающим в одной половине тела (от лица и руки к ноге или от ноги вверх — «джексоновский марш») или ее части (руке, ноге). Другие виды моторных припадков характеризуются насильственным поворотом головы и глаз в сторону (адверзивный припадок), что свидетельствует о патологии в премоторной зоне лобной доли противоположной стороны.

Парциальные простые сенсорные припадки характеризуются различными ощущениями. Наиболее распространенными являются сенсорные джексоновские припадки, заключающиеся в возникновении разнообразных чувствительных феноменов (онемение, чувство пробегания электрического тока, покалывание и т.д.) в половине тела или ее частях (ноге, лице и т.д.) и распространяться по типу марша (вниз или вверх). Возникновение подобных приступов свидетельствует о раздражении области постцентральной (чувствительной) извилины.

В зависимости от локализации эпилептогенного очага возникают и другие сенсорные припадки. Появление зрительных галлюцинаций (простых или сложных) свидетельствует о поражении затылочной доли, слуховых галлюцинаций (простых звуковых обманов или сложных) — о поражении височной области, обонятельных — базальных отделов лобной доли.

Вегетативные простые парциальные припадки характеризуются различными вегетативно-висцеральными феноменами, которые стереотипно повторяются как и прочие эпилептические припадки. Психомоторные простые парциальные припадки характеризуются разнообразными симптомами в виде: изменений речи (дисфазический припадок), когнитивными и дисмнестическими расстройствами (деперсонализация, дереализация, наплыв мыслей, сонное состояние), ощущениями «уже виденного» или «никогда не виденного» (в этих случаях и сходных видимое или слышимое кажется уже имевшим место ранее с больным, либо, напротив, многократно видимое или ощущаемое кажется новым, неизвестным).

В рамках простого парциального припадка психические расстройства встречаются редко и гораздо чаще предшествуют развитию сложного парциального припадка. Переход простого припадка в сложный наиболее характерен для височной локализации очага. Если припадок «осложняется», т.е. переходит в сложный парциальный или генерализованный, то клинические феномены, со-

ставляющие часть простого парциального припадка, будут представлять собой ауру. Последняя, протекая на фоне сохранного сознания, оставляет о себе воспоминания больного.

Эпилептический статус. Под этим определением понимается серия эпилептических припадков, следующих друг за другом, между которыми больной не приходит в сознание, либо эпилептический припадок, длящийся более 30 мин. Наиболее частой причиной эпилептического статуса является резкая отмена противоэпилептических препаратов.

Одним из самых тяжелых и распространенных клинических проявлений эпилептического статуса является тонико-клонический статус. Эпилептический статус относится к состояниям, угрожающим жизни, и требует неотложного вмешательства. Осложнением могут быть сердечно-сосудистые расстройства, отек легких, аспирационная пневмония, отек головного мозга.

Мероприятия по купированию эпилептического статуса состоят из ряда звеньев. На догоспитальном этапе принимают следующие меры. Следует освободить полость рта и гортани от слизи (при необходимости дренаж), зубных протезов и других инородных тел, повернуть голову на бок, ввести воздуховод, дать кислород (кислородная маска или канюля через нос). Далее внутривенно вводится диазепам (реланиум, седуксен) в дозе 10—20 мл, разведенный в 20 мл 40 %-й глюкозы. Введение реланиума должно быть медленным в связи с возможностью развития угнетения дыхания. При отсутствии эффекта можно дополнительно ввести 1,0 мл реланиума. При продолжающихся припадках рекомендуется внутримышечное введение тиопентал-натрия или гексенала в дозе 1 мл 10 %-го раствора на 10 кг массы больного.

В связи с тем, что развитие эпилептического статуса может быть связано с развитием энцефалопатии Вернике (при алкоголизме или заболеваниях ЖКТ с нарушением всасывания), превентивно назначается витамин B_1 в дозе 2—5 мл вместе с глюкозой (40 мл 40 %-го раствора). На госпитальном этапе ведения больного при продолжающихся судорогах проводится интубация и длительный дозированный наркоз (1—2 стадии в течение 2 ч с переходом на более поверхностные стадии наркоза). Кроме этого проводится терапия, направленная на коррекцию сердечно-сосудистых нарушений, кислотно-щелочного равновесия, водно-электролитного баланса, лечение отека головного мозга.

Психические расстройства при эпилепсии. Психические расстройства при этом заболевании включают пароксизмальные проявления и изменения личности. Среди *пароксизмальных расстройств* могут наблюдаться изменения настроения (*дисфория*) с симптомами тоски, злобы, страха, ненависти, раздражительности. Подобные проявления могут предшествовать припадку (появляться за несколько часов до него), протекать в виде ауры припадка (в

течение нескольких секунд) либо существовать самостоятельно, не сочетаясь с другими проявлениями припадка (так называемый психический эквивалент припадка). Среди клинических проявлений психического эквивалента припадка различают также *амбулаторный автоматизм*, характеризующийся помрачением сознания с автоматическим совершением внешне упорядоченных действий. Во время подобных приступов больные могут уехать в другой район или город, совершить какое-либо действие с последующей амнезией.

Изменения личности при эпилепсии формируются постепенно. Согласно современным представлениям эти расстройства — не обязательный компонент эпилепсии и формируются у больных с длительным течением заболевания и неадекватным лечением, при наличии патологического очага в лобной и височной областях и у социально неадаптированной категории больных. Среди психопатологических симптомов преобладает патологическая обстоятельность, педантизм, тугоподвижность психической деятельности, эгоцентризм, вязкость и настойчивость в сочетании со слащавостью, склонность к морализаторству, снижение памяти, внимания, способности к обучению.

Органические (неврозоподобные) расстройства являются типичными для клинической картины эпилепсии. Доминирующими при них становятся астенические и депрессивные расстройства. Они тесно переплетаются с неврологическим симптомами, возникающими в межприступный период.

Вторичные невротические расстройства связаны с влиянием средовых факторов, чаще всего психогенного содержания. К ним относится реакция личности на болезнь, а также реакция на длительное лечение и хирургическое вмешательство. Причем характер реакции во многом зависит от преморбидных особенностей личности. К числу реактивных или функциональных наслоений относятся (*А. И. Болдырев*):

реакция больных на заболевание эпилепсией (депрессивного, истерического, ипохондрического характера);

реакция на возникновение припадка в присутствии лиц, от которых скрывается болезнь (чаще в виде депрессии);

реакция на запрещение работать по специальности, являющейся опасной или не рекомендованной, учиться, заниматься спортом, вступать в брак, иметь детей;

различные фобии, в частности, страх диагноза эпилепсии в связи неправильным представлением об этой болезни как наследственной и неизлечимой, страх несчастного случая при повторении припадка и др.

Среди реактивных наслоений на первом месте стоят аффективные нарушения. Чаще других встречаются аффективные реакции и депрессивные состояния. *Аффективные реакции* — это крат-

ковременные вспышки возбуждения, возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие агенты. В отличие от дисфорий, которые также иногда провоцируются психогенными факторами, аффективные реакции имеют непосредственную причинно-следственную связь с психогенными моментами. В структуре их преобладает не столько аффект злобности, гневливости, сколько аффект возбуждения, негодования, протеста. Это аффективно гипертрофированная реакция возбуждения в ответ на несправедливость, оскорбление, унижение достоинства, упреки и другие травмирующие факторы. Возбуждение нередко является кульминационным моментом дисфории.

Аффективные реакции не входят в структуру дисфорий. Они представляют собой такие же эмоциональные реакции, какие наблюдаются у здоровых людей в ответ на действие психогенных моментов. Однако это более выраженные реакции, усиливающиеся тем, что психотравмирующие агенты падают на благоприятный фон, созданный эпилептическим процессом. Основными клиническими слагаемыми этого фона являются повышенная раздражительность, аффективная напряженность, постоянная готовность к возбуждению и взрывчатости.

Психозы при эпилепсии проявляются параноидным, галлюцинаторно-параноидным синдромами. Нередким является сумеречное расстройство сознания, характеризующееся сужением сознания, нарушением ориентировки в месте и времени, яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями угрожающего характера, агрессией.

Дифференциальная диагностика. Несмотря на разнообразие клинических проявлений эпилептических припадков, следует отметить стереотипность их проявлений у одного и того же больного. В ряде случаев, особенно при появлении припадков впервые, возникает необходимость их дифференцирования с иными пароксизмальными расстройствами.

Определенное сходство с генерализованными судорожными припадками могут иметь обмороки с судорожными проявлениями и истерические припадки. *Истерический припадок* чаще всего связан с актуальной психотравмирующей ситуацией, всегда происходит в присутствии «свидетелей». В основе возникновения такого припадка лежит стремление привлечь внимание, извлечь «психологическую выгоду». Истерический припадок может проявляться истерической дугой — напряжением мышц туловища и выгибанием его. Однако чаще встречаются иные проявления, например различные вычурные позы туловища и рук с тоническим напряжением. Это может сопровождаться стонами, вычурными движениями рук, царапаньем собственного тела и т.д. В отличие от эпилептического припадка у больных с истерией сохраняется реакция зрачков на свет, не наблюдается травмирование больного

при падении, а также прикуса языка или непроизвольного мочеиспускания.

Судорожные формы обмороков вызывают серьезные трудности при разграничении их с эпилепсией. В качестве важных моментов, отличающих обморок, следует отметить постепенность потери сознания и плавность падения и наступление тонических судорог лишь после этого. Правильной диагностике обморока способствуют наличие вегетативных реакций (бледность, потливость, снижение А/Д), а также нормальные показатели ЭЭГ.

Атонические эпилептические припадки, протекающие с падением больного и отсутствием судорог, требуют дифференциации от обычного обморока. В отличие от обморока при эпилептическом припадке нет предобморочных расстройств (дурнота, потемнение в глазах, шум в ушах, ощущение «ватности» в теле), вместе с тем наблюдается отсутствие зрачковых реакций на свет, расширение зрачков во время припадка и патологические показатели ЭЭГ.

Лечение эпилепсии. Лечение назначается с учетом вида припадка, формы эпилепсии и подбирается индивидуально каждому больному. При установлении диагноза эпилепсии назначается ежедневный и длительный прием препаратов. При генерализованных тонико-клонических судорогах применяются следующие препараты: фенобарбитал, карбамазепин (финлепсин, тегретол) и вальпроаты (депакин, конвулекс), дифенин. При абсансах рекомендуется назначение вальпроатов и этосуксимида. При парциальных припадках наиболее эффективным является карбамазепин, вальпроаты, дифенин. Для постоянного применения рекомендуется одно из указанных лекарственных средств либо, при отсутствии эффекта, комбинация нескольких препаратов. Кроме этого больным рекомендуется избегать переутомления, недосыпания, пребывания в душных помещениях и на солнце, отказ от приема алкоголя.

Медицинская помощь во время припадка заключается прежде всего в предупреждении травмы. Больного укладывают на бок, удаляют от предметов, способных травмировать. Не рекомендуется засовывание между зубами какого-либо предмета с целью предотвращения прикуса языка, так как это может привести к облому зубов. Применения инъекций реланиума или седуксена во время единичного припадка обычно не требуется (лишь при большой продолжительности судорог — более 5—10 мин).

Контрольные вопросы

1. Является ли эпилепсия психическим заболеванием?
2. Каковы механизмы развития эпилепсии?
3. Какие симптомы характеризуют изменения личности при эпилепсии?
4. Чем отличается идиопатическая эпилепсия от симптоматической?
5. Какие существуют виды ауры?

6. Какие психические расстройства могут возникать у больных эпилепсией?

7. Что характеризует эпилептический статус?

8. В каких случаях диагностируется крипогенная эпилепсия?

9. Какие препараты используются для лечения эпилепсии?

10. Каковы дифференциально-диагностические признаки истерического и эпилептического припадков?

Глава 11

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Группа *органических психических расстройств* включает в себя психопатологические нарушения, в генезе которых основную роль играют экзогенно-органические факторы. К последним относят повреждения головного мозга травматического, сосудистого, нейроинфекционного, нейроинтоксикационного, опухолевого, атрофического характера.

Условно к группе органических психических расстройств относят также нарушения, обусловленные соматическими, инфекционными, эндокринными заболеваниями. В отличие от психогенных (невротических, соматоформных расстройств) и эндогенных (шизофренических, аффективных) значимость психологического или наследственно-конституционального параметров в происхождении органических психических расстройств незначительна. Данный вид психической патологии возникает непосредственно после появления соматического или органического заболевания, сопровождает его и имеет тесную взаимосвязь с выраженностью основной болезни.

Традиционно в рамках психических расстройств экзогенного происхождения выделяются *непсихотические*, *психотические органические расстройства* и *деменция*.

К непсихотическим психическим расстройствам (неврозоподобным в старой терминологии) относятся органические эмоционально лабильные (астенические), аффективные, тревожные, диссоциативные расстройства, легкое когнитивное расстройство. К психотическим — делирий, галлюциноз, кататоническое и бредовое расстройство.

Наиболее часто в психиатрической клинике встречаются *органические эмоционально лабильные* (*астенические*) *расстройства*. Они возникают непосредственно вслед за появлением органической или соматической патологии и проявляются в симптомах эмоциональной лабильности, гиперестезии (раздражительности на громкие звуки, резкие запахи, яркий свет), повышенной утомляемости, плаксивости, диссомнических расстройствах (нарушении сна). Психопатологические симптомы сопровождаются вегетативными.

Легкое когнитивное органическое расстройство характеризуется присоединением к астенической симптоматике нарушений внимания, памяти и осмысления. У пациентов снижается когнитивная продуктивность, точное понимание жизненных ситуаций. Они становятся обстоятельными, подробными, склонными к излишней детализации и фиксации внимания на второстепенных деталях. Из эмоциональных феноменов преобладает обидчивость, склонность к дисфорическим эпизодам, аффективная ригидность.

Органическое тревожное и *диссоциативное расстройства* в соответствии с названием основного психопатологического синдрома представляют собой неврозоподобные проявления, роль психогенного фактора в происхождении которых малозначима. При тревожном расстройстве преобладающим становится изменение настроения с различной степенью выраженности волнения, беспокойства, тревоги, страха, паники. Пациенты проецируют свои тревоги в будущее, страшась надвигающихся несчастий, ухудшения состояния здоровья. Будущее представляется им пугающим, трагичным. Основной мотив поведения заключен в фразе: «Что должно произойти что-то плохое, страшное». Диссоциативное расстройство по клиническим признакам соответствует сходному по названию невротическому. Однако роль психогенного фактора и характерологического преморбида в случае органического расстройства минимальна.

Особо следует отметить *органическое расстройство личности*. Как известно, все личностные расстройства (психопатии в старой терминологии) обычно формируются в подростковом возрасте под влиянием неправильных форм воспитания. Органическое же расстройство личности характеризуется значительным изменением привычного образа поведения после появления соматического заболевания или в период последствий органического поражения головного мозга. Как правило, оно возникает в отдаленный период черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нейроинтоксикаций, сосудистых заболеваний мозга. К типичным признакам следует относить: 1) снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху; 2) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся неоправданной веселостью, беспечностью, расторможенностью, склонностью к резким колебаниям настроения до раздражительности, злобы и агрессии; 3) неконтролируемость влечений, нежелание считаться с социальными последствиями собственных действий; 4) подозрительность.

Органический галлюциноз, бредовое расстройство обычно возникают в отдаленном периоде органического расстройства и включают в себя типичные проявления психотического уровня. Возможны острые психозы. При галлюцинозе преобладают вербальные истинные галлюцинации. Формы бреда могут быть разнообразными:

ревности, преследования, величия, отношения, ипохондрический и др. Делирий, обусловленный органическим поражением головного мозга или соматическим заболеванием, возникает в острый период и характеризуется расстройством сознания, яркими зрительными галлюцинациями, тревогой и страхом, склонностью к агрессивным поступкам.

Органический амнестический синдром по клиническим проявлениям сходен с подобным при алкоголизме и включает в себя: фиксационную, ретроградную и антероградную амнезию, а также парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции).

Деменция является не заболеванием, а относится к синдромам, обусловленным хроническим поражением головного мозга различной этиологии. Деменция — приобретенное снижение интеллекта, включающее нарушение таких функций, как память, мышление, ориентировка, понимание, речь, суждения, способность к обучению, счет. Сознание при деменции сохранно, т.е. не обнаруживается синдромов расстроенного сознания. Деменция предполагает разрушение уже сложившегося разума и требует разграничения со слабоумием при олигофрении (умственной отсталости), которое характеризуется недостаточностью интеллектуального развития.

Деменция наиболее часто развивается у лиц пожилого возраста (старше 60 лет), что требует на ранней стадии ее развития дифференциальной диагностики с возрастными когнитивными нарушениями. Распространенность деменции 2 % в возрастной категории до 65 лет, 10—15 % — после 65 лет и 20 % после 80 лет. Однако возникновение деменции определяется не собственно старением мозга, а развитием в пожилом возрасте ряда заболеваний сосудистого, атрофического, дегенеративного и другого характера, приводящих к слабоумию.

Наиболее частыми причинами деменции являются болезнь Альцгеймера (более 50 % случаев), поражение сосудов головного мозга либо сочетание этих факторов. Приобретенное слабоумие может быть также обусловлено метаболическими расстройствами (дефицит витамина B_{12} и фолиевой кислоты, гипотиреоз, гипогликемия, интоксикации), опухолями и травмами головного мозга, инфекционным поражением (нейросифилис, туберкулез, клещевой боррелиоз, ВИЧ-инфекция). Кроме этого деменция может наблюдаться в рамках алкогольной энцефалопатии, нормотензивной гидроцефалии, болезни Паркинсона и других заболеваний.

Деменции могут быть *прогрессирующими* (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция), *непрогрессирующими* (обычно остаточный дефект, например, после черепно-мозговой травмы) или иметь обратимый характер (при метаболических расстройствах, нормотензивной гидроцефалии). Обратимое слабоумие составляет около 15 % всех случаев данного синдрома. Следует указать, что обратимость расстройств весьма условна, так как не всегда сопро-

вождается стойким восстановлением умственных способностей после хирургического вмешательства или коррекции метаболических расстройств.

Классификация деменций по принципу анатомической локализации повреждения позволяет выделить *корковый тип* (болезнь Альцгеймера, лобно-височная деменция, алкогольная энцефалопатия), *подкорковый тип* (мультиинфарктная деменция, болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Гентингтона) и *корково-подкорковый тип* (деменция с тельцами Леви, сосудистая деменция, корково-базальная дегенерация).

Корковая и подкорковая деменции различаются по клинической симптоматологии. Для коркового типа характерным является преимущественное поражение коры головного мозга с симптомами нарушений памяти, высших корковых функций (речи, гнозиса, праксиса) и отсутствием двигательных расстройств. Для подкоркового типа деменции нехарактерны нарушения тонких кортикальных функций (агнозия, апраксия и т.д.), имеются симптомы двигательных расстройств (нарушения походки, позы, наличие синдрома паркинсонизма, патологии рефлексов), а также замедление темпа мышления и апатия. В то же время, четкость разграничения по интеллектуально-мнестическим симптомам на корковую и подкорковую деменции не всегда возможны (*Р. Б. Тейлор*). По мнению Д.Р. Штульмана и О.С. Левина, различия в характере познавательного дефекта выявляются при анализе расстройств памяти. При корковой деменции наблюдается нарушение процесса запоминания и прочности памяти. При подкорковой — страдает активный поиск в памяти запомненного словесного материала и его воспроизведение.

Диагностика деменции учитывает наличие и степень когнитивного (познавательного) дефекта, поведенческих расстройств. *Когнитивные нарушения*, как правило, сопровождаются нарушениями эмоционального контроля, социального поведения и мотиваций. Исследование познавательных функций включает адекватность самооценки, ориентировку (в месте, времени и собственной личности), память, общую информированность, понятливость (*Н. Н. Яхно*).

Поведенческие расстройства включают изменения привычного поведения, которое отмечается окружающими или самим больным. Это выражается в пренебрежении домашними или служебными обязанностями, снижении интереса к жизненным событиям или работе, невыполнением гигиенических процедур. Может наблюдаться эйфория (повышенное настроение), склонность к нелепым шуткам, общая и сексуальная расторможенность, повышенный аппетит. Фон настроения может быть, напротив, понижен, наблюдается агрессивность, раздражительность или неустойчивость настроения. Нередко наблюдаются *изменения личности*, ха-

рактеризующиеся усилением преморбидных черт характера. При этом эгоистичный человек становится чрезмерно фиксированным на себе, бережливый — скупердяем и т. п.

Больные с деменцией могут высказывать бредовые идеи с формированием бреда преследования, величия или ревности. Нередко наблюдаются высказывания о том, что у них крадут что-либо родственники или соседи, пытаются убить или причинить вред. Могут наблюдаться и другие психотические симптомы, например, зрительные галлюцинации или эпизоды спутанности сознания со значительными расстройствами ориентации и других когнитивных способностей.

Когнитивные и поведенческие расстройства определяют возможность участия больного в профессиональной и бытовой сферах жизни. В связи с этим необходимо выяснить у пациента или его родственников о способности справляться со своими профессиональными обязанностями, возможности самообслуживания (готовить пищу, одеваться, мыться и т. д.), сохранности бытовых навыков (убирать квартиру, готовить, покупать продукты, ездить на транспорте и т. д.).

Исходя из выраженности расстройств в познавательной и поведенческой сферах, условно определяется тяжесть деменции. По степени она делится на легкую, среднюю и тяжелую: при легкой деменции больной может себя обслуживать и жить самостоятельно; при средней — требуется определенная посторонняя помощь; при тяжелой — необходима постоянная помощь в связи с полной невозможностью самообслуживания.

Для выявления деменции необходимо изучение интеллектуально-мнестических функций. Для этого применяется нейропсихологическое тестирование. Объем предъявляемых тестов может быть различным: в одних случаях достаточно сокращенной методики, в других — требуется проведение не менее 4 тестов.

Чаще всего первичное исследование проводится в рамках краткой шкалы оценки психического статуса. Определяется возможность ориентации в месте и времени. Больного просят назвать город, учреждение, палату в которой он находится, предлагают назвать число, месяц, год, день недели.

Наиболее значимым признаком деменции является расстройство краткосрочной памяти. Для ее выявления больного просят повторить несколько слов (три не связанных по смыслу слова) через короткий промежуток времени после их предъявления или спросить о событиях, предшествовавших встрече с исследователем (например: завтракал ли больной или в каком месте он ожидал встречи с исследователем). Исследуют счет (последовательно отнять из 100 по 7). Тестируют речевую функцию (название показываемых предметов, повтор сложного предложения, выполнение команды на совершение трех последовательных действий —

«возьмите со стола лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стул»). Изучают способность к чтению и письму (выполнение письменных команд: «прочитайте и сделайте». Одна из команд предлагает написать больному полное предложение).

Исследование гнозиса предполагает узнавание и название предметов, букв, знакомых лиц; оценивание возможности пространственной ориентации в городе, больнице, палате, ориентировку в правом и левом. Оценка праксиса проводится на основании возможности самостоятельно одеваться, причесываться, застегивать пуговицы, совершать символические жесты (погрозить пальцем, отдать воинскую честь), действия с воображаемыми предметами (покажите как мешают сахар в стакане, пилят дрова), конструировать из спичек или палочек геометрические фигуры. Исследование мышления, т.е. способности рассуждать, объяснять, оценить смысл ситуации предполагает ряд тестов. Предлагают найти сходство и различие между птицей и самолетом, озером и рекой и т.д.; найти пару: больница — врач, школа — ?; найти общее определение для ... (перечисляются звери, фрукты и т.д.); объяснить смысл пословицы (например, шила в мешке не утаишь).

В связи с тем что деменция в большинстве случаев наблюдается в рамках неврологических заболеваний, она является междисциплинарной проблемой психиатрии и неврологии. Следует подчеркнуть важность участия психиатра в постановке диагноза деменции, так как имеются определенные трудности *разграничения истинной деменции (органической) от псевдодеменции (функциональной, диссоциативной)*.

Причиной ложноположительного диагноза деменции может служить наличие у пожилых людей депрессии или других психических расстройств. При этом могут возникать нарушения памяти, внимания, сосредоточения, как и при органической деменции. Чаще всего ошибки возникают при исследовании гериатрических больных, у которых депрессия сопровождается унылостью, беспомощностью, бессонницей, суицидальными мыслями, снижением массы тела. При этом часто наблюдаются упорные жалобы на плохую память, снижение умственной работоспособности, которые не соответствуют поведению больных и результатам объективного исследования.

Характерным для больных с депрессией является ряд диссоциаций. Так, жалобы на плохую память сопровождаются знанием подробной истории своего заболевания, точной даты болезни и т.д. Больные с органической деменцией, напротив, часто преуменьшают, стараются скрыть степень собственной интеллектуальной несостоятельности. Если пациенты с органической деменцией стараются выполнить предъявляемые задания, то при депрессии наблюдается быстрый отказ от выполнения даже легких тестов с мотивировкой невозможности.

Диагностика вида деменции основана на клинических симптомах, лабораторных тестах и данных магнитно-резонансной томографии (МРТ). Анамнестические данные, полученные от больного и/или его родственников, должны включать остроту возникновения слабоумия и дальнейшее течение (например, острое развитие и часто волнообразное течение характерны для сосудистой деменции). Кроме этого необходимо уточнить соматический анамнез: наличие артериальной гипертензии, заболеваний сердца, проявлений хронической мозговой сосудистой недостаточности.

Выясняют данные о возможном злоупотреблении алкоголем, предшествующей черепно-мозговой травме, промышленных или бытовых интоксикациях. Объективное исследование общесоматического статуса направлено на выявление артериальной гипертензии, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, печени или почек, различных инфекций, анемии.

Неврологический осмотр позволяет выявить очаговые (при опухоли, инфаркте мозга) или многоочаговые (мультиинфарктное поражение мозга) симптомы двигательных расстройств (повышение рефлексов, мышечного тонуса, патологических знаков, расстройства координации). Следует проверить наличие псевдобульбарных симптомов (хоботкового, сосательного, ладонно-подбородочного), наличие хватательного рефлекса. При деменциях часто наблюдаются нарушения походки в виде ходьбы мелкими «шаркающими» шагами, иногда с широко расставленными ногами, наличием симптома «прилипания» ног (невозможность сделать первые шаги без топтания на месте), нередкими симптомами падения.

Лабораторные тесты позволяют дифференцировать ВИЧ, нейросифилис и дисметаболическую природу деменции. В связи с этим проводится исследование крови на содержание витамина B_{12}, фолиевой кислоты, гормонов щитовидной железы и мочи на содержание солей тяжелых металлов.

Магнитно-резонансная томография в дополнение к психологическому тестированию значительно повышает точность диагностики деменции. Она позволяет выявить субстрат заболевания, который представлен различными морфологическими вариантами при разных типах деменции. Среди МРТ-признаков деменции могут фигурировать: множественные инфаркты головного мозга, признаки атрофии коры различных долей, внутренняя гидроцефалия, феномен лейкоареозиса.

Сосудистая деменция — СД (синонимы: лакунарная деменция, мультиинфарктная деменция, болезнь Бинсвангера или субкортикальная атеросклеротическая энцефалопатия). В настоящее время является собирательным термином, объединяющим гетерогенный синдром слабоумия, возникающий при цереброваскулярных заболеваниях.

Факторами риска развития преимущественно ишемических нарушений мозга, приводящих к сосудистой деменции, являются артериальная гипертония, церебральный атеросклероз, гиперлипидемия, наследственная отягощенность, курение.

Многообразие природы сосудистой деменции определяется множеством возможных механизмов. Среди них инсульты в стратегически важных регионах (лобная доля, височно-затылочно-теменной стык, гипокамп, таламус, лимбическая ситема), гипоперфузия (чаще вследствие атеросклеротического поражения, эмболии или тромбоза крупных экстра- или интракраниальных сосудов), множественные мелкие инфаркты белого вещества или диффузное его поражение, связанное с патологией пенетрирующих артерий мелкого или среднего калибра. Предполагается, что субкортикальная ишемия белого вещества чаще приводит к деменции, чем множественные кортикальные инфаркты. Высокая частота выявления множественных лакунарных инфарктов у больных с сосудистой деменцией определила выделение самостоятельной формы — *мультиинфарктной деменции.*

Клинические проявления СД не специфичны и часто требуют разграничения с другими деменциями, в частности с болезнью Альцгеймера. С целью дифференциации используются критерии ишемии Хачинского, используемые в МКБ-10. Исходя из ряда клинических параметров, суммарная оценка баллов позволяет диагностировать СД либо БА.

Анализируются следующие признаки: внезапное начало — 2 балла, изменение походки — 1 балл, лабильность состояния — 2 балла, ночная дезориентировка — 1 балл, относительная сохранность личности — 1 балл, депрессия — 1 балл, соматические жалобы — 1 балл, эмоциональная лабильность — 1 балл, артериальная гипертензия — 1 балл, инсульты в анамнезе — 2 балла, очаговые жалобы — 2 балла, очаговые признаки — 2 балла, другие признаки атеросклероза — 1 балл. Сумма баллов более 7 вероятнее свидетельствует в пользу СД, менее 4 баллов — в пользу БА. При сумме 4—7 состояние не определяется.

Клиническими признаками, часто сопутствующими СД, являются нарушения походки, нарушения мочеиспускания, супрануклеарный паралич, мышечная ригидность. В пользу диагноза сосудистой деменции свидетельствуют такие симптомы, как инсульты в анамнезе, наличие соматических жалоб, очаговые неврологические симптомы (асимметрия рефлексов, их повышение, патологические стопные знаки, атаксия и т.д.), лабильность когнитивного дефицита, состояния ночной спутанности и относительного дневного «просветления».

Признаки псевдобульбарных расстройств с приступами насильственного смеха и плача, симптомами орального автоматизма, дизартрией чаще наблюдаются при СД. Выделяют корковый, под-

корковый и смешанный СД: корковый и подкорковый типы характеризуются сходными когнитивными дефектами и распознаются на основании дополнительных признаков.

При корковом типе преимущественно страдают высшие психические функции при отсутствии симптомов двигательных расстройств. Подкорковый тип СД диагностируется при наличии патологии в двигательной сфере (тонусе, походке, рефлексах). Подкорковый тип СД связан с развитием мелких (лакунарных) инфарктов и может распознаваться на основании инсультообразных эпизодов в анамнезе. Исключение составляет такой вариант СД, как болезнь Бинсвангера, которая протекает без клинических признаков инсульта.

Дебют заболевания СД может быть различным — острым, подострым или постепенным. Наиболее характерным является ступенеобразное развитие заболевания, обусловленное повторными инсультами или декомпенсацией цереброваскулярной недостаточности. Когнитивный дефект при СД чаще проявляется признаками дисфункции лобной доли в виде развития апатии, снижения психической и двигательной инициативы или, напротив, — эйфории, нарушений поведения.

Магнитно-резонансная томография при сосудистой деменции выявляет единичные или чаще множественные очаги в белом веществе головного мозга или коре. В ряде случаев эти изменения сочетаются с признаками атрофии мозга в виде расширения желудочков (внутренняя гидроцефалия), углубления корковых борозд и расширения субарахноидальных пространств (наружная гидроцефалия). Весьма важным в диагностике сосудистой деменции является обнаружение такого феномена как лейкоареоз, представляющего понижение плотности белого вещества в околожелудочковой области в режиме Т-2 взвешенных изображений МРТ.

Болезнь Альцгеймера — БА (*деменция альцгеймеровского типа*) является наиболее частой причиной деменции в пожилом возрасте и составляет более 50 % всех деменций. Возраст начала заболевания: от 40 до 90 лет. Различают *болезнь Альцгеймера с ранним началом* (до 65 лет) *и поздним* (после 65 лет). Этиология и патогенез заболевания неизвестны. В основе болезни лежит выраженная атрофия коры височно-теменных областей головного мозга и гиппокампа.

Клинические симптомы заболевания развиваются постепенно и неуклонно прогрессируют. В первую очередь наблюдаются расстройства памяти в виде ухудшения запоминания новой и воспроизведения ранее усвоенной информации. Затем присоединяется патология одной или нескольких высших психических функций: афазия (расстройства речи), агнозия (невозможность распознавать объекты при нормальном зрении, слухе и тактильном восприятии), апраксия (нарушение выполнения действий при сохранности двигательных функции, отсутствии парезов).

Особенно характерным признаком при болезни Альцгеймера являются зрительно-пространственные нарушения. Больные трудно ориентируются в окружающей обстановке, теряются в ней, испытывают трудности при одевании, не понимая каким образом расположить по отношению к себе предметы одежды. Нарушается интеллектуальная деятельность (построение планов деятельности, способности к абстрактному мышлению и т.п.).

Нарушение мнестической и когнитивной функций приводят к социальной и профессиональной дезадаптации. При прогрессировании заболевания расстройства во всех сферах усугубляются, возникают изменения личности, психопатологические симптомы с бредовыми идеями и галлюцинациями. На поздней стадии заболевания появляются неврологические симптомы нарушения ходьбы, замедленность и скованность движений, эпилептические припадки, контрактуры, нарушение контроля за функциями тазовых органов.

В диагностике болезни Альцгеймера существенную роль играет магнитно-резонансная томография, позволяющая выявить атрофию височных долей и гиппокампа. При выраженных проявлениях болезни наблюдается диффузная атрофия коры и мозгового вещества с картиной наружной и внутренней гидроцефалии. Средняя продолжительность жизни при болезни Альцгеймера от 2 до 20 лет (в среднем 6—8 лет).

На долю *лобно-височной деменции* приходится от 10 до 25 % деменции. Наиболее часто развивается в пресенильном возрасте (до 65 лет). В основе заболевания лежит локальная дегенерация коры лобных и височных долей головного мозга. Данный вид деменции определяется разнообразными факторами. К этой группе относится такое заболевание, как *болезнь Пика.*

Для лобно-височных деменций характерно раннее изменение ядра личности и социального поведения при относительной сохранности памяти. Наблюдаются такие симптомы, как апатия, снижение инициативы, мотиваций или, напротив, — расторможенность, некритичность, гиперактивность, гиперсексуальность, прожорливость. Быстро утрачиваются профессиональные способности. Могут нарушаться пищевые предпочтения, возникает желание есть сладкое. Наблюдается совершение стереотипных повторных движений (потирание рук, двигательные ритуалы). Наблюдается речевая адинамия, речевая активность низкая, речь скудная; повторы слов (эхолалии) и мутизм в конечной стадии болезни. Отмечается длительная сохранность ориентировки больного в пространстве. По мере развития заболевания наблюдаются неврологические симптомы: хватательный рефлекс, рефлексы орального автоматизма, акинетико-ригидный синдром, эпилептические припадки.

Прогрессирующее течение заболевания приводит к грубым дефектам в интеллектуально-мнестической сфере с формированием тотальной деменции. Продолжительность жизни в среднем 6 —

8 лет. При МР-томографии выявляется преимущественный дефект в виде атрофии лобных и передневисочных отделов.

Деменция с тельцами Леви составляет около 10—15 % случаев всех деменций. Локализация атрофии в коре сходна с альцгеймеровской (задне-височная область и гиппокамп), но кроме этого имеются в клетках подкорковых ядер внутриклеточные включения — тельца Леви.

В клинической картине наблюдаются подкорковые симптомы и признаки поражения коры головного мозга. Изменения в мозговой коре приводят к появлению таких симптомов, как агнозии, апраксии и афазии. Подкорковые симптомы характеризуются развитием симптома паркинсонизма, который может развиваться даже до признаков деменции. Характерным признаком заболевания является наличие зрительных галлюцинаций.

Для выбора *лечебной тактики при деменциях* важным является определение вида деменции и возможности ее обратимости. При деменции, обусловленной опухолями, гематомами, нормотензивной гидроцефалией, регресс интеллектуальных расстройств возможен после нейрохирургического вмешательства. Курабельными в большинстве случаев являются метаболические деменции. Среди лечебных средств применяют ноотропные препараты (ноотропил, энцефабол, церебролизин), сосудистые (нимодипин, препараты гинко билоба: танакан, мемоплант).

Для лечения болезни Альцгеймера, а также сосудистой деменции применяют заместительную терапию, направленную на преодоление холинергической недостаточности (ингибиторы ацетилхолинэстеразы), такрин, экселон, амиридин.

Лечение психопатологических и поведенческих расстройств при деменции имеет важное значение, так как эти проявления осложняют восстановительные мероприятии и уход за больными. При депрессии назначают малые дозы антидепрессантов (ципрамил, прозак), при возбуждении применяют малые дозы бензодиазепинов с короткой продолжительностью действия (тазепам, мерлит). Следует избегать широкого назначения у больных деменциями психотропных средств (нейролептиков, барбитуратов, бензодиазепинов), ввиду частого утяжеления симптомов деменции, развития состояний спутанности. Нейролептики целесообразно использовать только у больных с тяжелыми психотическими или поведенческими расстройствами. У больных с негрубым распадом когнитивных функций применяется когнитивный тренинг, направленный на тренировку памяти и внимания (заучивание и воспроизведение слов, фраз, рисунков). Немаловажным является избегание переутомлений, нормализация сна, создание благоприятной психологической обстановки дома.

Терапия органических психических расстройств включает в себя лечение основного заболевания и его психопатологических по-

следствий. Традиционно в лечении непсихотических (неврозоподобных) расстройств используются ноотропы, транквилизаторы, антидепрессанты, психозов — нейролептики, деменции — ноотропные препараты.

Контрольные вопросы

1. Каковы механизмы развития органических психических расстройств?
2. Какие симптомы характеризуют легкое когнитивное расстройство?
3. Относятся ли психические расстройства, обусловленные гипертонической болезнью, к группе органических?
4. Чем характеризуется амнестический синдром в рамках органических психических расстройств?
5. Какова распространенность деменции в возрасте старше 80 лет?
6. Какие сферы психической деятельности страдают в первую очередь при деменции?
7. Какие виды деменции выделяются?
8. Для какой из деменций типичны первично возникающие личностные изменения, а не расстройства памяти и внимания?
9. Каким способом можно верифицировать диагноз деменции?
10. Какие препараты используются для лечения деменции?

Раздел III
ЧАСТНАЯ НАРКОЛОГИЯ

Глава 12
НАРКОМАНИЯ И ТОКСИКОМАНИИ

12.1. Мотивации потребления алкоголя и наркотических веществ

Наркозависимость отражает лишь одну из форм зависимостей, становление которой происходит на базе качеств зависимой личности. Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них, является одним из самых распространенных видов отклоняющегося поведения. Суть такого поведения заключается в значительном изменении иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б.С. Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (*Ц. П. Короленко*, *Т.А. Донских*).

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия. Среди симптомов, которые, в первую очередь, подталкивают человека к употреблению таких веществ, оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности.

Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют выбору в пользу наиболее легкого решения проблемы. Снятие симптомов происходит химическим путем. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует потребность дальнейшего использования веществ. Однако зависимое поведение может сформироваться при атарактической форме мотивации в силу частоты применения данного способа снятия эмоциональных проблем с переходом психологической зависимости в физическую.

Учитывая направленность атарактической мотивации на снятие эмоциональных переживаний, она является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения (*В.Д. Менделевич*). Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический и некоторых иных. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при так называемых психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном).

Гедонистическая мотивация выступает как бы продолжением и развитием атарактической, но разительно отличается от нее по качеству. Атарактическая мотивация приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного настроения, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного). Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения (рис. 12.1).

Гедоническая направленность может встречаться при различных типах девиантного поведения: при делинквентном, аддиктивном, патохарактерологическом, психопатологическом. Однако типичной она считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают *эйфоризирующим эффектом*, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливо-

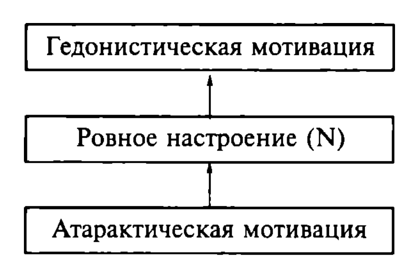


Рис. 12.1. Направленность изменения настроения при различных видах мотивации употребления психоактивных веществ

сти, благодушия, радости, любвиобилия, легкого достижения сексуального оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ, резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят *марихуану*, *опий*, *морфин*, *кодеин*, *кокаин*, *ЛСД*, *циклодол*, *эфир* и др.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергина, диэталамида лизергиновой кислоты), кодеина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение к эйфоризирующему *галлюциногенному эффекту*, при котором возникают необычайно яркие цветные зрительные галлюцинации (вспышки света, калейдоскопическая сменяемость образов, принимающая сценический характер), дезориентировка в месте и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержная болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира. Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии появляется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения схемы тела: ощущения удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, консистенции.

Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на *активирующем эффекте вещества*. Часто эффекты действуют совместно, однако нередко человеком разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфере. Таким образом, гиперактивация рассматривается чаще всего человеком как гиперсексуальность и возможность получить что-то необычное в сфере волюстических (сопровождающихся оргазмом) ощущений. Попытка достичь высшей степени «сексуального блаженства» с помощью гиперсексуальной активации сочетается с активностью к рискованной деятельности. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются *марихуана*, *эфедрин и его производные*, сочетаю-

щие гиперактивацию и гиперсексуальность, а также *кодеин, никотин и кофеин*, вызывающие активность без гиперсексуальности.

Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ. Неспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастными или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» являются базой для субмиссивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных. Поведение индивида носит характер причастности к традиции, «культуре». В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, а демонстрация этого процесса окружающим.

В случаях формирования психопатологического типа поведения при таких психических заболеваниях, как алкоголизм, наркомания и токсикомания, девиантное поведение становится полностью зависимым от феноменологических клинических особенностей и стадий болезни. Выделяют три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клинических симптомов и синдромов (*Э. Е. Бехтель*):

эволюционный механизм — по мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей;

деструктивный механизм — разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности;

механизм, связанный с изначальной аномалией личности, отличается от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздей-

ствия на личность. Выделяется три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Одной из наиболее значимых проблем наркологии и девиантного поведения в виде злоупотребления веществами, вызывающими изменения психики и зависимость, является проблема изучения личности наркозависимого и зависимого от алкоголя. Однако можно говорить не об одном психологическом портрете зависимой личности, а о нескольких. Это связано с тем, что наркомания, алкоголизм или никотинизм могут возникать по нескольким механизмам.

Известно, что таким людям свойственно сочетание противоречивых качеств. У них могут наблюдаться резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, сенситивность, повышенная рефлексия и склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей, одновременное проявление полярных качеств психики (самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость).

Традиционная точка зрения о том, что базисная притягательная сила алкогольного и наркотического опьянения кроется в эйфории, подвергается критике (*Б. С. Братусь*, *П. И. Сидоров*). Считается, что психологические причины тяги располагаются глубже и заключаются, во-первых, в тех иллюзорных возможностях удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения, и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь.

И. Н. Пятницкая (1994) отмечает, что личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности, интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стадности) и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения.

М. Цукерман описал особый тип поведения — «поиск ощущений» (ПО) как поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающийся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений. Подобное поведение — индивидуальная особенность субъекта, вытекает из необходимости поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения. Автор утверждает, что одним из факторов приобщения подростков к наркотикам является любопытство и желание новых ощущений, кроме того подростки с высоким

уровнем ПО стремятся к экспериментированию с различными видами наркотиков с целью повысить уровень возбуждения.

Особое значение в формировании пренаркотической личности придается *психическому инфантилизму*, выражающемуся в несамостоятельности принятия решений и действий, неспособности противостоять влиянию извне, в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости. Традиционно выделяются следующие личностные факторы, характерные для подростков, употребляющих психоактивные вещества:

1) повышенные по сравнению с благополучными сверстниками: толерантность к отклоняющемуся поведению; критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья), отчужденность от них, восприимчивость к новым идеям и впечатлениям; интерес к творчеству, импульсивность;

2) пониженные по сравнению с благополучными сверстниками: ценность достижений; ожидание академических успехов; религиозность; конформизм; чувство психологического благополучия (что выражается в высоком уровне стресса и апатии); уважение к общепринятым нормам поведения;

3) экстернальный локус контроля и сниженная самооценка.

С. Б. Белосуров в анамнезе страдающих наркоманией, наряду с другими факторами, отмечает: воспитание в неполной семье; постоянную занятость одного из родителей (длительные командировки, деловую загруженность и т. д.); отсутствие других детей в семье.

По мнению Б.Уильямс, среди наркоманов наблюдается определенное сходство, касающееся их семей, и отмечаются следующие факторы: отец отсутствует или отличается слабым характером; излишне заботливая, уступчивая или, наоборот, властная мать; непоследовательное поведение и отсутствие сдерживающих факторов; враждебность или конфликты между родителями; нереальное стремление родителей по отношению к детям.

Психологические исследования семей, в которых подросток страдает наркоманией, позволяют сделать вывод о том, что существует психологический тип отца наркозависимого, которого можно обозначить по аналогии с выделенной учеными «шизофреногенной матерью» «наркогенным отцом». Сутью его психологического портрета является сочетание таких черт, как повышенные требования к себе и своему окружению (в частности, ребенку, жене), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями и ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жесткостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, носящая часто поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника.

По мнению И. Н. Пятницкой, можно выделить следующие характеристики личности наркозависимого:

наркоманы представляют собой лиц, далеких от больших социальных интересов, а также лишенных устойчивых и сформированных индивидуальных интересов, какой-либо увлеченности;

обособление от взрослых, агрессивность к обществу, солидарность с возрастной группой, поиск чувственных впечатлений, сексуального опыта, даже познавательные интеллектуальные побуждения подростков.

Важный научный интерес представляет проблема существования типичных индивидуально-психологических черт лиц, употребляющих различные наркотические вещества. Имеются данные о том, что структура личности находится в определенной взаимосвязи с разновидностью наркотика, а отношения «человек — наркотик» определяют выбор наркотика. Несомненно значимым является и факт, что подавляющее большинство наркоманов предпочитают какое-либо одно наркотическое вещество, обладающее именно теми свойствами, которые могут удовлетворить некоторые основные потребности их личности.

Часто, по мнению Э. Крепелина, наркоман выбирает вещество, дефект от злоупотребления которым сходен с преморбидной его личностью. В качестве примера приводится «астенический мечтатель», пристрастившийся к морфину и окончательно ушедший в наркотические грезы до глубокой степени истощения. Соответствующие наблюдения, подтверждающие это, накопились относительно пациентов эпилептоидного и шизоидного кругов. Э. Крепелин пишет: «Казалось бы, эпилептоидный психопат с чертами ригидности, вязкости психических процессов и, в частности, застойными аффектами должен искать средство, облегчающее эти дефекты. Но он выбирает не стимуляторы, оживляющие психические функции, а снотворные и транквилизирующие препараты».

И все же подавляющее большинство ученых сходятся во мнении о том, что наркотик является своеобразным компенсирующим фактором, способствующим преодолению человеком имеющихся психологических проблем и дезадаптации. Принимающие психостимуляторы обладают качествами вялости, апатичности, неэнергичности. Наркотические вещества с эйфоризирующим эффектом склонны употреблять лица либо находящиеся в состоянии удрученности, пониженного настроения с целью снять имеющийся психоэмоциональный дискомфорт, либо люди, пытающиеся вырваться из плена скуки.

12.2. Стадии наркотической зависимости

Наркомания — тотальное поражение личности, в большинстве случаев сопровождающееся осложнениями со стороны физического здоровья (*С. Б. Белогурова*). Наркомания как патологическое

состояние в значительной степени труднообратима. Негативные изменения, которые произошли в психике человека в результате злоупотребления наркотиками, очень устойчивы. Медицинский смысл слова «наркотик» — средство для наркоза. В общеупотребительном смысле слова это средство для получения удовольствия.

Наркотиками в России считаются вещества, включенные в список наркотиков постоянно действующим комитетом по контролю за наркотиками (ПККН) Российской Федерации. В других странах принадлежность субстанции к наркотикам также определяется национальными юридическими документами.

К наркотикам обычно относят вещества, соответствующие следующим критериям:

способность вызывать эйфорию или, по крайней мере, приятные субъективные переживания;

способность вызывать зависимость (психическую и/или физическую, т. е. потребность вновь и вновь использовать наркотик);

способность нанести существенный вред физическому и психическому здоровью при регулярном употреблении;

возможность широкого распространения этих веществ среди населения.

Потребление наркотического вещества не должно быть традиционным в данной культуре.

Возможна следующая классификация наркотических веществ:

1. Препараты конопли.

2. Опиатные наркотики (наркотики, изготовленные из мака или действующие сходным с ним образом).

3. Снотворно-седативные средства.

4. Психостимуляторы.

5. Галлюциногены.

6. Летучие наркотически действующие вещества (бензин, ацетон, клей «Момент»).

Зависимость от той или иной группы наркотических веществ имеет свои клинические признаки. Общим для всех видов наркоманий является феномен физической и психической зависимости. Механизм физической зависимости можно объяснить следующим образом. Организм «настраивается» на прием наркотиков и включает их в свои биохимические процессы. Наркотики — каждый препарат по-своему — начинают выполнять функции, которые раньше обеспечивались веществами, производящимися самим организмом. Организм, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает (или сокращает) синтез этих веществ. Под психической зависимостью понимают имеющееся у субъекта стремление вновь пережить приятное самочувствие, которое ранее уже вызывалось у него действием наркотика.

Побудительными мотивами употребления наркотиков чаще других называют: желание расслабиться, отвлечься от проблем,

трагических событий; поиск новых впечатлений, стимулирование воображения и творческих способностей.

К факторам риска заболевания наркоманией относят: патологию беременности (выраженные гестозы или инфекционные и тяжелые хронические заболевания); осложнения родов (затяжные, с родовой травмой, с гипоксией новорожденного); тяжело протекавшие или хронические заболевания детского возраста (включая простудные); сотрясения головного мозга; воспитание в неполной семье; постоянная занятость одного из родителей; больной — единственный ребенок в семье; алкоголизм или наркомания кого-то из близких родственников; психические заболевания, патологический характер или отклоняющееся поведение близких родственников; раннее (до 12—13 лет) употребление алкоголя или злоупотребление летучими наркотически действующими веществами.

В развитии наркомании выделяют три стадии:

1. *Начальная или стадия адаптации.* В основном постепенно, но иногда быстро (за 1—2 мес или после одного-двух введений препарата в организм) развивается психическая зависимость. Диагностическим признаком наличия индивидуальной психической зависимости является употребление психоактивных веществ в одиночестве. Это признак сформировавшегося влечения к наркотику.

2. *Хроническая.* Имеет место психическая и формируется физическая зависимость, готовность организма к абстинентному синдрому. Начинается утрата эйфорического компонента действия психоактивного вещества.

3. *Конечная стадия.* Истощение организма. Максимальная физическая зависимость от наркотика, наступление тяжелых необратимых изменений в организме и психики вплоть до инвалидизации.

Приобщение подростка к употреблению наркотиков проходит, как правило, через несколько стадий.

1. *Первые пробы.* Возможны во дворе или в школе из стремления стать как все, из любопытства, при определенном стечении обстоятельств.

2. *Групповая зависимость.* Прием вещества происходит в определенной компании. Вне этих рамок желание употребить наркотик не возникает.

3. *Психическая зависимость.* Появление потребности принимать психоактивное вещество, чтобы вновь и вновь испытывать приятные ощущения.

4. *Патологическое (неодолимое) влечение к наркотику.* Состояние, проявляющееся неудержимым побуждением к немедленному (во что бы то ни стало) введению в организм психоактивного вещества.

5. *Физическая зависимость.* Включение химических соединений, входящих в состав наркотика, в обмен веществ организма: в случае резкого прекращения приема наркотиков появляется абстинентный синдром («ломка»).

6. *Повышение толерантности (чувствительности) к наркотику.* Состояние организма, когда отмечается все менее выраженная ожидаемая реакция организма на определенную дозу вводимого препарата. Происходит привыкание к наркотику, в результате которого необходимая доза возрастает в 10—100 раз по сравнению с первоначально вводимой. Соответственно увеличивается токсическое разрушительное действие препарата на организм.

Первичные (косвенные) признаки интереса подростка к наркотикам:

падение интереса к учебе, обычным увлечениям;

появление отчужденности, «апатичного» отношения ко всему, усиление таких черт, как лживость, скрытность;

эпизоды агрессивности, раздражительности, которые сменяются периодами неестественного благодушия;

компания, в которой подросток проводит много времени, состоит из лиц более старшего возраста;

эпизодическое наличие крупных или непонятное происхождение небольших сумм денег, не соответствующих достатку семьи, стремление занимать деньги или отнимать их у более слабых;

тенденция общаться с подростками, которые употребляют психоактивные вещества;

повышенный интерес к детям из обеспеченных семей, назойливое стремление подружиться с ними;

наличие таких атрибутов наркотизации, как шприцев, игл, облаток из-под таблеток, небольших кулечков из целлофана или фольги, тюбиков из-под клея.

изменение аппетита — от полного отсутствия до резкого усиления, периодическая тошнота, рвота;

наличие следов от инъекций в области локтевых сгибов, предплечий, кистей рук, раздражений на коже.

Решающим признаком употребления подростком психоактивных веществ является состояние наркотического опьянения, установленное специалистом. Необоснованные подозрения в употреблении психоактивных веществ могут оказаться психотравмирующим фактором и подтолкнуть к их реальному употреблению.

В 1997 г. в Санкт-Петербурге были проведены исследования среди молодежи. Предметом исследования было накопление знаний о наркотиках в разных возрастных группах. Полученные результаты показали следующее (*А. В. Гоголева*):

В 10—12 лет интересует все, что связано с наркотиками — их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

В 12—14 лет основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков — марихуана за наркотик не призна-

ется. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие — из любопытства, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много — из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

В 14—16 лет по отношению к наркотикам формируются три группы:

«употребляющие и сочувствующие» — интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров;

«радикальные противники» — «сам никогда не буду и другу не дам погибнуть» — многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности;

группа, не определившая отношения к наркотикам. Значительная ее часть может начать употребление под воздействием друзей.

В 16—18 лет группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках — они детализируются и становятся более объективными. В группе «употребляющих и сочувствующих» пожинают первые плоды, в связи с чем большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие. Среди «радикальных противников» растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Экспериментальные исследования показали, что в распространении наркомании среди несовершеннолетних большую роль играет любопытство. Ориентировочно-исследовательский рефлекс — «что такое» глубоко заложен в природе человека. Одним из первых авторов, занимавшихся изучением потребности человека в новых ощущениях, был американский психолог М. Цукерман. Этот исследователь описал поведение, связанное с высокой склонностью к поиску впечатлений, и определил ее как потребность в новых впечатлениях и переживаниях и стремлении к физическому и социальному риску ради этих впечатлений. Для измерения этой потребности им был предложен специальный тест. Тест содержит следующие шкалы:

1. Поиск физического риска. Это интерес к спорту и другим видам деятельности, связанным с физической опасностью.

2. Поиск нового опыта, достигаемого через употребление наркотиков, бродяжничество и т.д.

3. Несоответствие поведения социальным нормам — употребление алкоголя, игра на деньги и т.д.

4. Чувствительность к скуке, стремление к новостям, знакомствам с новыми людьми, неприятие рутины, скучных занятий.

Исследования показали, что подростки с высокими показателями теста М. Цукермана стремились к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения, которые в момент совершения рискованного поступка ассоциируются ими с чувством нарастающего напряжения, которое в последний момент сменяется разрядкой.

Ряд отечественных исследователей считают, что во многих случаях отклоняющееся поведение подростков обусловлено действием механизма поиска впечатлений на фоне неразвитости у них сферы потребностей, искажением процесса социализации и особенностей эмоциональной сферы — низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью.

При наркомании помимо поведенческих расстройств могут возникать *психозы*. Обычно они проявляются в виде расстройств сознания делириозного характера, галлюцинаторно-параноидных синдромов. Нередко психозы проявляются шизофреноподобными клиническими проявлениями.

12.3. Стадии табачной зависимости

Наиболее частой среди токсикоманий считается *никотинизм*. Табачная зависимость наблюдается в 25—90 % случаев среди лиц, систематически курящих табак. Существованием табачной зависимости как клинической формы патологии объясняется малая эффективность прекращения курения табака среди населения.

На *первой начальной стадии* (бытовое курение) отмечается психологическая потребность к курению и отсутствие абстиненции. Курение табака сопровождается незначительной вегетативно-сосудистой симптоматикой. На этой стадии курение нерегулярно, в среднем до 5 сигарет. Длительность первой стадии колеблется от одного года до пяти лет.

Вторая стадия характеризуется повышением толерантности к табаку. Количество выкуриваемых табачных изделий за день возрастает до 20 шт. На этой стадии возникает «отчасти физическая зависимость» (*Г. П. Андрух*). Абстиненция выражена умеренно, появляется психосоматическая патология. Выраженная тяга к курению табака сочетается с раздражительностью, снижением физической и умственной деятельности, нарушением сна. Появляются головные боли и головокружения, возникают диспепсические расстройства. Интенсивность абстиненции зависит от длительности курения, количества выкуриваемых сигарет и индивидуальных особенностей курящих. Вторая стадия длится 15—20 лет (*Н. А. Пономарева*), а по данным И. В. Стрельчука — до 40 лет.

Появление никотинового синдрома относят к *третьей стадии*, которая характеризуется высокой толерантностью, появлением непреодолимого влечения к курению табака и тяжелым абстинентным синдромом. Возникает физическая зависимость к курению. На этой стадии наблюдается астено-невротическая симптоматика. Количество выкуриваемых сигарет достигает 30—50 шт. в день.

Н.А.Пономарева, Г.В.Морозов и И.В.Стрельчук отмечают на этой стадии сочетание выраженной тяги к курению табака с уменьшением количества потребляемых табачных изделий.

В исследованиях с курящими и некурящими лицами получены свидетельства о том, что никотин вызывает истинное повышение некоторых показателей внимания и когнитивной функции. Однако нет свидетельств о повышении эмоциональности, избирательного внимания и других когнитивных способностей.

Табачная зависимость, будучи психопатологическим образованием, часто сосуществует с другими психическими расстройствами. По данным В.К.Смирнова, психиатрическим аспектом проблемы табачной зависимости является наличие у 70 % больных гетерогенной психопатологической симптоматики, составляющей основу параллельно текущего второго эндогенного процесса. Он обнаруживает себя в появлении новой доминанты, формирующей необходимость остановки курения табака.

Клинический психопатологический анализ мотивов прекращения курения табака показал их неоднородность и многообразие. В основе мотива прекращения курения табака у подавляющей части изученных больных находятся сформированные клинические синдромы, не относящиеся к клинической картине табачной зависимости. Описан синдром тревожной ипохондричности, тревожно-фобический симптомокоплекс, деперсонализационный синдром, тревожно-депрессивный синдром, смешанный аффективный синдром при табачной зависимости.

Отмечена корреляция между клиникой табачной зависимости и клиникой основных психических заболеваний. На основании обследования больных шизофренией и эпилепсией, курящих табак, описана структура никотинизма и проанализированы мотивы курения табака. Была обнаружена связь между увеличением интенсивности курения и нарастанием тревоги, а также усилением симптомов нейролептического синдрома, в частности акатизии.

При хроническом алкоголизме распространенность курения табака почти в 2 раза выше, чем у практически здоровых лиц. Хронический никотинизм формируется при хроническом алкоголизме в более раннем возрасте, у них выше интенсивность курения. Высокая распространенность курения табака при алкоголизме может быть обусловлена участием никотинхолинергической системы в патогенезе этаноловой зависимости.

Никотиновая зависимость ассоциируется с повышенным риском аффективных расстройств, личностными нарушениями, наркотической зависимостью.

Выявлена связь между депрессией и началом курения. Обнаружено, что угнетенное настроение, депрессия в анамнезе являются фоном, на котором возникает курение в детском, подростковом периоде и в юности.

Имеются следующие диагностические критерии никотинового абстинентного синдрома. При резком прекращении потребления никотина через 24 ч появляются основные признаки абстинентного синдрома: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; рассредоточенность внимания; беспокойство; понижение скорости сердечных сокращений; повышение аппетита и прибавка массы тела.

Указанные симптомы отражают в своей совокупности синдром отмены или лишения. К ним относятся: непреодолимое желание курения, раздражительность, лихорадка, напряжение, бессонница, избыточная масса тела, нарушение концентрации внимания, сонливость, снижение работоспособности, брадикардия, гипотензия, головная боль. Синдром «лишения» является основным препятствием к полному прекращению курения табака. При анализе исследований установлена существенная закономерность — отрицательная динамика конечных результатов лечения. Она проявляется в виде прогрессирующего увеличения числа курящих лиц при значительном уменьшении сроков ремиссии после окончания лечения.

В развернутом виде *синдром патологического влечения к курению табака* представляет собой четко очерченный психопатологический симптомокомплекс, включающий идеаторный, вегетативно-сосудистый и психический компоненты (*В.К. Смирнов*). Психический компонент синдрома патологического влечения выражается невротическими расстройствами в виде астенических и аффективных нарушений. При прекращении курения возникают в разной степени выраженности психогенные астенические реакции с преходящей утомляемостью, истощаемостью, неусидчивостью, раздражительной слабостью, расстройствами сна, аппетита, снижением работоспособности и самочувствия. Аффективные нарушения проходящи, неглубоки, носят характер стертой астенической или тревожной субдепрессии.

В период прекращения курения табака нередко жалуются на подавленность, слабость, слезливость, раздражительность, тревогу, беспокойство. У некоторых больных настроение приобретает дистимический оттенок с гневливостью и недовольством. Закуривание в течение 1—3 мин дезактуализирует все компоненты патологического влечения.

Многие ученые отрицают специфическую для курильщиков структуру личности, другие отмечают, что заядлые курильщики

раздражительны, вспыльчивы, нетерпимы, ранимы, склонны к реакциям подавленности. *Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе, стимуляторы (Л. С. Шпиленя).* Курение в стрессовой ситуации положительно коррелирует с интраверсией курящего лица, но не с экстраверсией. Лица, курящие табак, отличаются от некурящих психологически тем, что первые чаще разводятся или покидают семью, являются более импульсивными, менее образованными, экстравертированными, враждебными и более склонными к употреблению алкоголя.

Некоторые исследователи рассматривают участие в механизмах становления курения табака биологических факторов, в том числе наследственности. Л. С. Шпиленя выделил шесть главных психологических факторов в мотивах начала курения: ощущение стимуляции, прилива сил при закуривании; ощущение расслабления после стрессовых ситуаций; курение для налаживания межличностных контактов; курение «за компанию», если кто-то курит рядом; уменьшение раздражительности и вспыльчивости; курение для снятия абстинентных симптомов; наркоманическая зависимость. Большую вероятность продолжения курения обусловливают скорее положительным влиянием на повышенное настроение и бессонницу, чем на облегчение дискомфорта от лишения.

Курение табака представляет собой сложный процесс, на который оказывают влияние экономические, социальные, психологические, генетические и фармакологические факторы. Ведущее место в данном процессе отводится никотиновой зависимости, возникающей из-за психотропного и других фармакологических эффектов никотина. Возникновение зависимости резко снижает эффективность медицинской помощи. В значительной степени это вызвано существованием резистентности к терапии синдрома патологического влечения к курению табака и наличием гетерогенной психопатологической симптоматики, сопровождающей основные синдромы зависимости.

Диссоциированная форма табачной зависимости отличается от других наличием в структуре синдрома патологического влечения к курению табака, неосознаваемого на идеаторном уровне желания курения табака. Последнее является вторичным образованием, следствием интерпретации собственных внутренних тягостных витальных ощущений, малодифференцированных по существу и появляющихся при длительных перерывах в курении в виде жжения, покалывания, трепета, волнения, тяжести, тошноты и др. Они локализуются в различных областях тела: в поджелудочной области, горле, языке, трахее, легком, коже, спине, лопатке и даже в каждой клетке тела.

Идеаторная форма табачной зависимости характеризуется сочетанием идеаторного и вегетативного-сосудистого компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению табака.

При *психосоматической форме табачной зависимости* отмечается сочетание идеаторного, вегетативно-сосудистого и психического компонентов в структуре синдрома патологического влечения к курению (*А. С. Гарницкая*).

12.4. Клиническая характеристика состояний наркотического опьянения и абстиненции

Состояние наркотического опьянения, также как и абстиненции, характеризуется различными психическими, поведенческими и физиологическими особенностями, которые можно распознать на основании внешних признаков. При употреблении разных психоактивных веществ изменения могут носить различный характер.

Общие признаки употребления наркотиков. К внешним (соматовегетативным) признакам можно отнести:

бледность кожных покровов;

изменение размеров зрачков и их реакции на свет;

изменение цвета глазных яблок (помутнение, покраснение);

изменение речи (замедление и искажение);

нарушение координации движений;

изменение массы тела (похудение);

нарушение менструального цикла у девушек;

изменение слюноотделения.

Психические и поведенческие признаки употребления наркотиков. К основным можно отнести следующие признаки:

нарастающая апатичность (безразличие к происходящим событиям и себе);

склонность к уходу из дома;

нарушения концентрации внимания и памяти;

паратимия — неадекватное реагирование на критику;

эмоциональная лабильность (склонность к резким сменам настроения);

нарастающая скрытность и лживость;

изменение структуры сна.

Признаки опьянения опиатами (героином, опиумом, кодеином)

Соматические и вегетативные признаки. Бледность кожных покровов. Выраженное сужение зрачков (миоз) и снижение их реакции на свет. Покраснение и выраженный блеск глаз, «синяки под глазами», поверхностное замедленное дыхание, кожный зуд (особенно в носу). Понижение артериального давления (гипотония). Урежение пульса (брадикардия). Сухость кожи и слизистых (губ, языка), уменьшение выделения мочи, частые запоры, незначительное понижение температуры тела (гипотермия).

Психические и поведенческие признаки. Зависят от фаз опьянения. Отмечается склонность к резким изменениям психического состояния. Сонливость, замедление и «размытость» речи, пассивность, вялость, усталость, безразличие к окружающим и происходящим событиям, раздражительность могут сменяться эйфорией и беззаботной веселостью, склонностью к риску. При этом могут отмечаться явления ускорения мышления, говорливость, благодушие.

Признаки опьянения каннабиоидами — препаратами из конопли (анаша, гашиш, план, ганджа, чарас, ма, киф, дача, марихуана)

Соматические и вегетативные признаки. Некоторое расширение зрачка со снижением реакции на свет, блеск в глазах, нистагм. Покраснение (гиперемия) кожных покровов и склер, припухлость век, сухость губ и склонность облизывать их, неприятный запах изо рта, специфический запах гари от одежды. Дрожь (тремор) и нарушения координации движений. Учащенный пульс (тахикардия) и дыхание. Охриплость голоса. Тошнота и рвота. Периоды прожорливости (булимия).

Психические и поведенческие признаки. Чрезмерная и неадекватная веселость, смешливость, беспечность. Нарушение концентрации внимания, нарушение памяти. Ускорение мышления и речи до бессвязности, повышенная потребность в речевом общении с окружающими. Склонность к резким колебаниям настроения, быстрые переходы от радости к печали, задумчивости или погруженности в себя. Возможно возникновение немотивированного страха и тревоги, подозрительности. В фазе возбуждения могут возникать иллюзии (чаще зрительные). Окружающий мир воспринимается ярко, звучно, красочно. Могут возникать галлюцинации и симптомы деперсонализации и «нарушения схемы тела». Последние проявляются ощущениями «парения в воздухе», изменения частей собственного тела, положения тела в пространстве. Нередко с перечисленным сочетается дереализация в виде микропсий, макропсий и иных видов искажения восприятия окружающего мира. Сексуальная расторможенность.

Признаки опьянения психостимуляторами

Кокаин

Соматические и вегетативные признаки. Типичные признаки отсутствуют. Возможна потеря массы тела, анорексия.

Психические и поведенческие признаки. Чрезмерно возбужденное состояние, отсутствие усталости, ощущение силы и превосходства. Нарушение сна — стойкая бессонница. Повышенное настроение,. эйфория, болтливость. Ускорение мышления и речи. Возможно резкое изменение настроения от эйфории к дисфории

(злобно-гневливому настроению). Эпизоды галлюцинаций и бреда преследования.

Метамфетамины (дексамфетамин, метилфенидан, фенметразин, метедрин, эфедрон («джеф», «мулька», «фен»), первитин («винт»), фенамин, («экстази»)). Амфетамины (прелюдин, риталин, ромилар, дезоксин)

Соматические и вегетативные признаки. Расширение зрачка, округленность глаз («как у совы»), повышенная активность и выносливость. Гипертензия и гипергидроз. Учащение пульса. Быстрота действий и движений. Потребность постоянно находиться в движении. Тремор.

Психические и поведенческие признаки. Ощущение эмоционального подъема, вдохновение и воодушевление. Эйфория. Говорливость. Переоценка собственных возможностей. Отсутствие чувства голода и усталости. Повышенная сексуальность. Отсутствие желания спать, удовлетворенность малым количеством сна.

Признаки опьянения галлюциногенами

ЛСД (лизергин, диэтиаламид лизергиновой кислоты)

Соматические и вегетативные признаки. Ощущение жара, гипертермия. Слюнотечение. Гипертензия. Мидриаз (расширение зрачков со светобоязнью). Гипергидроз (потливость). Выраженная гиперрефлексия.

Психические и поведенческие признаки. Яркие зрительные галлюцинации. Потеря ощущения реальности. Дереализация в виде нарушения восприятия времени и пространства. Дезориентация в месте и времени. Деперсонализация — ощущение изменений в собственном теле. Аффект недоумения. Резкое колебание настроения от эйфории и зачарованности до страха и дисфории.

Фенциклидин-PCP («пи-си-пи», «ангельская пыль»)

Соматические и вегетативные признаки. Нарушение зрения. Повышение артериального давления, потливость, головокружение, рвота.

Психические и поведенческие признаки. Нарушение сознания. Нарушение координации движений. Склонность к галлюцинированию. Резкая смена настроения. Переходы от повышенной энергичности, жизнерадостности к страху, панике.

Опьянение седативными средствами (транквилизаторами и барбитуратами)

Барбитураты (хлоралгидрат, фенобарбитал, метаквалон, реладорм, циклобарбитал)

Соматические и вегетативные признаки. Гиперемия кожных покровов и склер. Гипотония, брадикардия, гипотермия, гипоса-

ливация. Мидриаз (расширение зрачков). Глаза сонные. Нарушение координации движений и дизартрия — затрудненная и замедленная речь. Мышечная слабость.

Психические и поведенческие признаки. Повышенная сонливость, нарушение сознания. Замедление мышления. Иногда галлюцинации. Замедление психических реакций, трудность в принятии решения, понижение настроения. Иногда на начальном этапе возможна беспричинная веселость, беззаботность, болтливость.

Транквилизаторы-бензодиазепины (феназепам, радедорм, реланиум, диазепам, седуксен, элениум, имован, донормил)

Соматические и вегетативные признаки. Гиперемия лица, инъецированность склер. Сухость во рту. Мидриаз со снижением реакции зрачков на свет. Атаксия — нарушение координации движений.

Психические и поведенческие признаки. Сонливость, вялость, спутанность сознания. Замедленность реакций. Снижение концентрации внимании. Сбивчивость речи, нарушение артикуляции. Ощущение головокружения. На начальном этапе возможна эйфория, развязность.

Контрольные вопросы

1. Каковы психологические механизмы формирования наркотической зависимости?
2. Чем характеризуется атарактическая мотивация употребления наркотических веществ?
3. Какие наркотические вещества обладают галлюциногенным эффектом?
4. Относятся ли барбитураты к группе наркотических веществ?
5. Чем характеризуется первая стадия наркомании?
6. На какой стадии наркомании формируется физическая зависимость от психоактивного вещества?
7. Какие формы никотиновой зависимости выделяются?
8. Чем характеризуется опьянение галлюциногенами?
9. Каковы психические и поведенческие признаки употребления транквилизаторов?

Глава 13

АЛКОГОЛИЗМ

История употребления спиртных напитков уходит в глубь веков. Традиции употребления спиртного (или воздержания от него) усваиваются подрастающим поколением в процессе социализации так же, как другие знания об окружающем мире. Алкоголь является неотъемлемой частью жизни современного человека, использование которого способно привести не только к субъек-

тивно положительным переживаниям человека, но и к отрицательным последствиям — ухудшению здоровья, развитию психической и физической зависимости и изменению личности. Вследствие подобного двоякого действия алкоголя на человека значимым становится вопрос о существовании грани между злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом как болезнью.

В настоящее время выделяются следующие формы употребления спиртных напитков:

абстинент (не более чем 100 г вина 2—3 раза в год);

случайное употребление алкоголя (от 1 раза в 2—3 мес до 1—2 раз в месяц, обычно не более 50—150 г в пересчете на водку);

умеренное употребление алкоголя (1—4 раза в месяц от 100 до 300 г водки);

систематическое пьянство (200—400 г водки 1—2 раза в неделю);

привычное пьянство (300—500 г водки 2—3 раза в неделю и более), являющееся стадией предболезни.

Алкоголизм как заболевание вызывается систематическим употреблением спиртных напитков, характеризуется влечением к ним, приводит к психическим и физическим расстройствам и нарушает социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием. M. Keller характеризует алкоголизм как заболевание, проявляющееся в приемах массивных доз алкоголя, наносящих ущерб здоровью пьющего, его социальному и экономическому функционированию. В ряде работ алкоголизм определяется как неконтролируемое поведение, сводящееся к потреблению спиртных напитков в количествах, наносящих вред пьющему или окружающим.

Основное клиническое проявление алкоголизма — *синдром зависимости*. Диагноз синдрома зависимости ставится, если определяется не менее трех из следующих симптомов:

нарушение способности контролировать прием алкоголя и дозы;

«абстинентный» (похмельный) синдром;

изменение толерантности к алкоголю;

смещение интересов в сторону употребления спиртного и продолжение его употребления, несмотря на вредные последствия для здоровья.

В отечественной наркологии принято выделять три стадии течения болезни.

На *первой стадии* болезни появляется патологическое влечение к алкоголю, снижается контроль за количеством выпитого, растет толерантность к алкоголю, появляются частичные алкогольные амнезии. Продолжительность болезни на той стадии — от года до шести лет. Средний возраст больных — от 18 до 35 лет.

На *второй стадии* болезни усугубляются признаки, характерные для первой стадии, появляется абстинентный синдром. Толерантность достигает максимума. Алкогольные амнезии становятся

систематическими. Могут появляться запои. Начинаются проблемы в социальной сфере. Проявляются изменения личности: заостряются преморбидные характерологические особенности, возрастает лабильность эмоциональных проявлений. Изменения носят обратимый характер. Продолжительность стадии — около 10 лет. Средний возраст больных — 25—35 лет.

На *третьей стадии* болезни происходит снижение толерантности к алкоголю. Алкоголь становится смыслом существования и добывается любыми средствами. Изменяется картина опьянения — больные становятся раздражительными, придирчивыми, угрюмыми. Абстинентный синдром может сопровождаться эпилептическими припадками. Изменения личности принимают характер деградации. Этические нормы поведения снижаются, семейные привязанности ослабевают. Хроническое употребление алкоголя приводит к явлениям так называемой алкогольной энцефалопатии (органическому поражению головного мозга). Ухудшается память, внимание, происходят сдвиги в эмоциональной сфере: чувства проявляются ярко и бурно, усиливается аффективная окраска всех переживаний. Частыми осложнениями алкоголизма в развернутой стадии являются алкогольные психозы.

Долгое время было принято считать, что все без исключения больные алкоголизмом нравственно несовершенны, безвольны, страдают «дефектом воли». Психологические особенности больных прямо выводились из интоксикационно-органического поражения центральной нервной системы в результате пьянства.

В отдельных работах, посвященных личностным особенностям людей, склонных к заболеванию алкоголизмом, чаще всего отмечались: пассивно-зависимые черты характера; созерцательность, неприспособленность; неуверенность в себе; чувство неполноценности; негативный опыт детства; импульсивность; дефензивность; низкая самооценка.

Ц. П. Короленко выделяет следующие личностные особенности, способствующие развитию алкогольной зависимости:

сниженная переносимость затруднений (неспособность к длительному напряжению, субъективность оценки возникающих проблем, житейских трудностей, конфликтов, неспособность к длительному и спокойному ожиданию, «бегство от реальности»);

комплекс неполноценности, который часто прикрыт напускной бравадой и внешне выражаемой решительностью;

незрелость личности в целом (эгоцентризм, инфантильность, потребность в похвале, опеке, поддержке, эмоциональная неустойчивость);

относительная интеллектуальная недостаточность (касается уровня развития интеллектуальных запросов и чувств).

Особое место в развитии алкоголизма уделялось отрицательным психотравмирующим воздействиям — внезапному горю, тяжелым

душевным переживаниям, неудовлетворенности своим положением. Однако в соответствии с современными данными роль психотравм в возникновении алкоголизма не считается принципиальной.

Согласно одной из распространенных точек зрения наиболее благоприятной почвой для возникновения алкоголизма являются личностные расстройства (психопатии) и акцентуации характера. Считается, что девиации, различные отклонения в развитии личности ведут к алкоголизму. Во многих исследованиях подчеркивается роль невротических расстройств и невротических развитий в формировании алкоголизма.

В первые десятилетия XX в. психопатологические факторы считались безусловно ведущими в развитии алкоголизма: 90 % больных относились к преморбидно неполноценным в нервно-психическом отношении. В середине XX в. их количество снизилось до 50—60 %. В настоящее время таких больных стало не более 20—25 % от общего количества. Эта динамика объясняется изменением стереотипов массовой культуры. При доминировании антиалкогольной субкультуры жертвами алкоголизма становились, в основном, аномальные личности. В настоящее время в систематическое пьянство вовлекается все больше и больше здоровых людей.

Многие исследователи выражают сомнение в возможности выделить тот или иной тип личности алкоголика. Алкоголь, в зависимости от индивидуальности пьющего, может выполнять самые разные функции.

С точки зрения психоаналитиков, влечение к алкоголю, так же как и другие патологические влечения, является возвратом к детским сексуальным переживаниям. Раздражение алкоголем слизистой рта вызывает ощущения, сходные с наслаждением, испытываемым ребенком на оральной стадии развития сексуальности. Влечение к алкоголю возникает как средство ухода от реальности, защиты собственного «Я» от окружающего мира. Большую роль в его возникновении играет нарушение отношений с родителями в раннем возрасте, особенно отвержение со стороны матери. Алкоголик испытывает бессознательное или в какой-то мере осознаваемое томление по физической теплоте, приятным кожным ощущениям, по чувству легкости и теплоты в желудке, и все это вместе сливается с потребностью в безопасности, уверенности, самоуважению.

Потребность в зависимости и ее фрустрация — излюбленная тема психоаналитиков, занимающихся проблемами алкоголизма. Они утверждают, что алкоголизм защищает от депрессии, возникшей из-за длительной фрустрации потребности в зависимости. Первичную предрасположенность к алкоголизму составляет переживание неудовлетворенности этой потребности в раннем детстве.

В рамках психоанализа выделяют несколько концепций:

алкоголизм — это бегство от тревожащих гомосексуальных импульсов (*H. Brill*). М. Мейнингер главное внимание уделял само-

разрушительным побуждениям у больных алкоголизмом, обозначив это заболевание как хронический суицид. С. Тибо полагал, что при алкоголизме имеет место бессознательная потребность в доминировании, сочетающаяся с чувством изоляции и одиночества. Обобщил многочисленные точки зрения своих коллег Дж. Найт: причина алкоголизма во всех случаях — фрустрация каких-то значимых потребностей человека; алкоголь способствует примирению субъекта с неизбежностью этих фрустраций.

К. Чафетс выделил два типа больных алкоголизмом: реактивные (или невротичные) и аддиктивные (или страдающие пристрастием к алкоголю). У реактивных пациентов относительно нормальная преморбидная структура личности. Алкоголь используется для того, чтобы справиться со стрессовыми состояниями, возникшими из-за внешних поводов. Они хорошо адаптированы в семье, в сфере обучения, в профессиональной деятельности, умеют ставить цели и достигать их. Только длительный стресс может привести их к алкоголизму. Их проблемы рассматриваются как невротические.

Аддиктивные больные на протяжении всей жизни демонстрировали нарушения адаптации и личностные расстройства. Главная их особенность — неспособность адаптироваться к социальным требованиям. По мнению К. Чафетс, потребность в обращении к алкоголю заложена в самой личности таких больных. Их поведение рассматривается как саморазрушительное. Причина появления аддиктивных больных — оральная фиксация либидо, депривация в эмоциональных отношениях в раннем возрасте; отсюда — аффективные нарушения, в первую очередь, депрессия.

Представители психоаналитического направления уделяют большое внимание механизмам психологической защиты, признавая в качестве ее ведущего механизма феномен отрицания. Это неприятие себя и собственной реальной жизни как в преморбидный период, так и во время алкоголизации. Негативные стороны своей жизни, в частности, злоупотребление алкоголем игнорируются.

Психоаналитические концепции алкоголизма критикуются за отрыв от клинической реальности и низкую эффективность. В основе рассуждений представителей этого направления — не эмпирически полученные факты, а теоретические конструкции, которые трудно как доказать, так и опровергнуть. Вместе с тем исследование традиционных для психоанализа феноменов представляет интерес для оказания помощи наркологическим больным. Бессознательные, глубоко индивидуализированные переживания больных необходимо учитывать при описании их личностных особенностей на всех этапах течения болезни. Эти моменты необходимо учитывать в построении программ психологической помощи больным.

Бихевиористы отказались от анализа интрапсихических механизмов развития личности и положили в основу своих рассуждений факты, которые можно наблюдать, измерять и оценивать. Алкоголь-

ное поведение, как и всякое другое, является усвоенным, т.е. подчиняющееся закономерностям процесса научения. Злоупотребление алкоголем, с позиции бихевиоризма, имеет следующие значения.

1. Эффективное седативное средство, благодаря приему которого человек, переживающий неприятную ситуацию, может снизить интенсивность психологической реакции на нее. Достижение тяжелых форм опьянения приносит надежду добиться полного, хотя и временного, спасения от психотравмирующей ситуации.

2. Возможность отказаться или уклониться от участия во многих ситуациях, которые по каким-либо причинам неприятны для субъекта, используя для этого возникающую у него вследствие злоупотребления алкоголем физическую слабость.

3. Злоупотребление алкоголем — это социально приемлемая форма неадекватного поведения, например, неуместный флирт, агрессия.

4. Единственно доступный для личности способ привлечь к себе внимание окружающих или получить поддержку в форме участия, медицинской помощи, денежного кредита и т.д.

Алкоголизм в понимании бихевиористов возникает в результате многократных подкреплений, получаемых человеком при употреблении алкоголя. Алкоголь используется, в первую очередь, в качестве средства избегания стресса (действующего или потенциального). Специалисты, придерживающиеся бихевиорального направления, стремятся установить явные или скрытые функции алкоголя, определить каким образом и в каких ситуациях алкоголь действует на человека в русле изменения его психического состояния. Целью лечения является достижение больным способности к так называемому контролируемому потреблению алкоголя. Разработки бихевиористов имеют большое значение для разработки новых психокоррекционных методов.

Э. Берн, создатель теории трансактного анализа, разработал понятие «психологическая игра». Алкогольное поведение, на его взгляд, тоже является не чем иным, как своего рода психологической игрой. Употребление спиртного позволяет человеку манипулировать чувствами и действиями окружающих. При этом употребление спиртного важно не само по себе, а как процесс, ведущий к состоянию похмелья. В этом состоянии больной получает внимание окружающих. Добиться этого внимания другими, более адекватными способами, алкоголик не может из-за низкой самооценки, страха перед психологически интимными, доверительными отношениями.

В игре, называемой «Алкоголик», Э. Берн выделяет пять ролей. Центральная роль — у самого Алкоголика. Наиболее важный партнер алкоголика — Преследователь (как правило, это представитель противоположного пола, чаще всего супруга Алкоголика). Третья роль — Спасатель. Часто это врач, который принимает уча-

стие в делах пациента. Четвертая роль — Простак. Считается, что эта роль принадлежит хозяину закусочной или любому другому человеку, который дает алкоголику спиртное в кредит или предлагает ему деньги в долг. В жизни эту роль часто с успехом играет мать Алкоголика, которая часто выручает его деньгами и сочувствует ему. Иногда роль Простака превращается в роль Подстрекателя, Славного Малого, который предлагает алкоголику выпить, даже если тот не просит этого. Пятая роль — Посредник (бармен или буфетчик). Это профессионал, который в отличие от других игроков знает, когда нужно остановиться. В какой-то момент времени он может отказаться обслуживать Алкоголика.

Цель Алкоголика, с позиции трансактного анализа, не столько получить удовольствие от употребления спиртного, сколько в том, чтобы создать ситуацию, в которой неосознанно выбранную им и закрепленную в процессе социализации психологическую позицию Ребенка, будет «на все лады распекать» и свой внутренний Родитель, и любая родительская фигура из непосредственного окружения. Считается, что терапию в таких случаях надо направлять не на привычку выпивать, а на устранение стремления алкоголика потакать своим слабостям и заниматься самобичеванием. Важно помнить, что психологическое исцеление алкоголика может быть достигнуто только бесповоротным выходом из игры, а не сменой ролей. По мнению Э.Берна и его последователей, критерием исцеления от игры является такая ситуация, когда бывший алкоголик может выпить в обществе без всякого риска для себя.

В игру «Алкоголик» играют всерьез. Больной будет провоцировать подключиться к игре и своего психотерапевта. Поэтому врачу следует приложить все усилия для того, чтобы не играть в процессе лечения Алкоголика никаких ролей. После тщательной психологической работы рекомендуется занять позицию Взрослого и заключить договор с пациентом. В случае нарушения условий договора пациента стоит направить к Спасателям. Во всем мире существует множество организаций, работающих с алкоголиками и принимающих участие в игре «Алкоголик». Помимо классического варианта игры «Алкоголик», описанной Э. Берном, выделено еще несколько разновидностей игр, которыми пользуются больные алкоголизмом:

игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива;

игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем;

разыгрывание сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и демонстрацией психопатологических расстройств;

проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека;

разыгрывание роли образцового пациента с атрибуцией ответственности за свое излечение или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклониться от лечения;

разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту;

поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобные занятия, с помощью которых демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице.

Феномен влечения к алкоголю изучается в клинической наркологии, физиологии, биохимии, фармакологии. Понятие «влечение» определяется в психологии как глубинный уровень мотивации, выступающий в роли первичных побуждений, еще не опосредствованных сознательным целеполаганием, как начальный этап мотивационного процесса, характеризующийся недостаточной осознанностью и предметностью. В период актуализации влечения связанные с ними потребности становятся доминирующими. Удовлетворение влечения сопровождается разрядкой нервно-психического напряжения и создает предпосылки для актуализации других потребностей. Для возникновения влечения требуется несколько условий:

напряженность потребности, лежащей в основе влечения и субъективно переживаемая как сильная нужда, дефицит, фрустрация;

второе условие определяется свойствами субъекта, с помощью которого данная потребность может быть опредмечена. Предполагаемый объект потребности должен обладать богатством возможностей в плане удовлетворения переживаемой нужды;

третье условие для возникновения влечения — отсутствие у субъекта средств реализации потребности. Это могут быть объективные причины, когда, например, предмет недостижим для субъекта, или субъективные причины, когда индивидуально-личностные особенности субъекта не позволяют ему добиваться своих целей.

Если имеются эти три условия, субъект переживает влечение. Влечение может быть нормальным либо патологическим. Если влечение направлено на предмет, который по модальности адекватен лежащей в основе влечения потребности, то данное влечение считают нормальным. Основным признаком *патологического влечения* является несовпадение предмета потребности, лежащей в основе влечения, с предметом самого влечения, который выступает в роли мотива поведения. Выделяют два типа патологических влечений: нарушение нормальных потребностей человека (пищевой, сексуальной и т.д.) в форме снижения, усиления или извращения; патологические влечения, не имеющие аналогов в норме (патологическое влечение к алкоголю).

Обращение к алкоголю выступает в роли деятельности, направленной на патологическое переопредмечивание потребностей. При этом значение влечения к алкоголю радикально меняется в зависимости от того, какие потребности удовлетворяются (точнее говоря, якобы удовлетворяются) благодаря воздействию алкоголя.

Выделяют ряд мотивов, ведущих к злоупотреблению алкоголем: средство редукции напряжения; изменения эмоционального состояния; получения удовольствия; повышения самооценки и самоуважения; компенсации; общения и коммуникации; межличностной защиты-манипуляции; как результат научения или подражания, средство поддержания принятого ритуала.

В соответствии с перечисленными выше мотивами различаются личностные особенности больных.

Естественной биологической потребности в алкоголе у человека нет. Склонность к злоупотреблению спиртным кроется в тех желаниях и потребностях, которые человек пытается удовлетворить с его помощью. Б. С. Братусь, исследуя феномен влечения к алкоголю, разработал концепцию иллюзорно-компенсаторной деятельности при алкоголизме. С данной позиции, здоровый человек удовлетворяет свои потребности в ходе той или иной деятельности. Например, потребность в высокой самооценке достигается вполне реальными достижениями в предметном мире. Человек ставит какие-то цели, достигает их и таким образом имеет основания уважать себя.

Больной алкоголизмом достигает желаемого состояния в ходе иллюзорно-компенсаторной деятельности. В состоянии опьянения алкоголик испытывает эмоциональное состояние, которое не может достичь иными средствами: робкий человек чувствует себя уверенным; склонный к мрачному настроению смотрит на мир веселее; тревожный — успокаивается. Состояние алкогольного опьянения дает иллюзию удовлетворения насущных потребностей человека. Понятно, что реальные проблемы от этого не решаются, человек теряет возможность строить свою жизнь конструктивно.

Обязательным условием протекания алкогольной иллюзорно-компенсаторной деятельности Б. С. Братусь считает наличие алкогольной компании. Каждая пьющая компания по сути есть алкогольный театр со своим набором исполнителей и ролей. Трезвые люди из такой среды вытесняются, так как слишком наглядно напоминают о существовании реального предметного мира. Рассматривая изменения личности при алкоголизме, Б. С. Братусь выделяет нарушения индивидуально-исполнительского и личностно-смыслового уровней.

Алкогольные психозы возникают у больных хроническим алкоголизмом на второй—третьей стадии. Они проявляются в период абстиненции в виде алкогольного делирия, галлюциноза, параноида. Типичным является появление алкогольного бреда ревности. Клиническая картина алкогольного делирия «белой горячки» характеризуется расстройством сознания, при котором у пациента нарушается ориентировка в месте и времени, появляются яркие устрашающие зрительные галлюцинации, от которых больной старается укрыться. Помимо этого отмечается бред преследования, сопровождающийся выраженной тревогой, страхом, агрес-

сией в отношении мнимых преследователей. Алкогольный делирий относится к острым алкогольным психозам.

При хронических алкогольных психозах, возникающих нередко в периоды ремиссии алкоголизма, у пациента формируется галлюцинаторный или параноидный синдромы. Вербальный галлюциноз носит стойкий характер, отражает алкогольную фабулу.

Одним из наиболее частых в клинике алкогольных психозов является Корсаковский амнестический синдром, проявляющийся хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, а также способности к усвоению нового материала. Другие познавательные функции обычно сравнительно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Контрольные вопросы

1. Каковы диагностические признаки алкоголизма и его отличия от бытовых форм пьянства?
2. Каковы формы употребления алкоголя?
3. Чем характеризуется синдром зависимости при алкоголизме?
4. Какова тенденция изменения толерантности при третьей стадии алкоголизма?
5. На какой стадии алкоголизма возникает абстинентный синдром?
6. Какие психотические расстройства являются характерными для алкоголизма?
7. В чем особенность психоаналитического взгляда на этиопатогенез алкоголизма?
8. Могут ли возникать алкогольные психозы в период выраженного опьянения?
9. Чем характеризуется алкогольный бред ревности?
10. Чем специфична псевдокультурная мотивация употребления алкоголя?

Глава 14

ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

14.1. Профилактика наркотической зависимости

Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время далека от желаемой. Многие специалисты убеждены, что сегодня стоит вкладывать средства не столько в лечение, сколь-

ко в профилактику наркоманий: первичную — для тех, кто не употребляет наркотики; вторичную — рассчитанную на лиц, уже употребляющих наркотики; третичную — работа по предотвращению рецидивов у употребляющих наркотики.

Основные модели и стратегии в обучении и информировании относительно наркотиков представлены моделями моральных принципов, запугивания, фактических знаний (когнитивная), аффективного обучения, улучшения здоровья.

Не вызывает сомнений тот факт, что эффективность профилактических программ зависит от учета возраста аудитории. Работая с детьми, не достигшими 12—13 лет, можно делать акцент на страхе смерти. Подростки часто не очень высоко ценят свою жизнь, однако их страшит перспектива потерять здоровье. Молодежь 18—19 лет и старше может высоко оценивать возможную социальную несостоятельность, несоответствие положения в обществе возрасту.

Зарубежный опыт первичной антинаркотической профилактики

США. По мнению ведущего американского эксперта в области наркоманий директора Национального института наркомании А. Лешнера, к наркотической зависимости склонны люди с нарушением дофаминной системы. *Дофамин* — это вещество, содержащееся в клетках головного мозга. Определенный уровень дофамина вырабатывается в нормальных условиях под воздействием вкусной пищи или занятиями любимыми видами деятельности и необходим для человеческой жизни. Дофамин нужен, к примеру, для поддержания моторной функции. Болезнь Паркинсона вызывается дефицитом дофамина. Шизофрения, депрессия отчасти вызываются недостатком дофамина. И действие антипсихотических наркотиков основано на повышении уровня дофамина. Содержание дофамина должно поддерживаться на определенном уровне, а не меняться стремительно и маятникообразно.

Все вещества, вызывающие наркотическую зависимость, изменяют содержание дофамина в клетках головного мозга. Вначале приема наркотиков выделение дофамина увеличивается, но с течением времени его объем сокращается. Ученые считают, что у большинства наркоманов есть трудности с получением удовольствия. Если уровень дофамина невысок, человек чувствует себя не очень хорошо. Наркотики принимаются для того, чтобы избежать подавленности и боли, т. е. поднять уровень дофамина.

Наркомания — особое заболевание, имеющее как поведенческие, так и социальные аспекты. Поэтому лучшие методы лечения должны затрагивать биологические, поведенческие, социальные аспекты. Коррекция поведения и лечение могут быть эффективны по отдельности, но объединение этих методов повышает их эффективность.

Американские ученые отмечают, что людям зачастую нравятся профилактические программы «моментального действия». «Сделай это — и проблема решена». Но подобные программы не оказываются эффективными на деле. Несомненно, что необходимо проводить поэтапные меры. В стране накоплен богатый и разнообразный опыт антинаркотической работы.

В университете г. Чикаго была разработана антинаркотическая профилактическая программа «Модель с использованием местного лидера». Основная работа в рамках этой программы ведется с неформальным лидером определенной группы. Американские исследователи Э. Эмоэтинг и С. Бар поставили цель — выяснить, по какой причине часть подростков осуждает пристрастие к наркотикам. Оказалось, что мощнейшим противодействующим фактором выступает религиозность.

По данным Национального управления США по борьбе с наркотиками, профилактические антинаркотические программы оказались успешными. За последние 15 лет число людей, употребляющих наркотики, снизилось на 50 %. В городах страны работают более 3,5 тыс. общественных организаций по борьбе с наркотиками. Статистические данные свидетельствуют — если молодого человека в возрасте от 10 до 21 года удержать от курения, спиртного или наркотиков, вероятность, что этот человек окажется среди наркоманов, почти что равна нулю.

В США активно действуют организации, распространяющие позитивный опыт в других странах мира. Одной из них является *Life Skills International* — благотворительная организация, учрежденная в 1991 г. Национальные программы на базе *LSI* проводятся в 27 странах мира, в том числе — Австрии, Канаде, Китае, Германии, Франции, Италии и др.

Базовая программа *LSI* — программа формирования жизненных навыков (ФЖН). Цель программы — обучение подростков здоровому образу жизни и навыкам сопротивления потреблению психоактивных веществ. Задачи программы:

развитие социальной и личностной компетентности детей;

выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем.

Решение каждой из этих задач предполагает формирование определенных социально-психологических навыков: обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решений, выработки адекватной самооценки; обучение навыкам постоять за себя, избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор; усвоение навыков регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов.

Практика показала, что профилактическая работа наиболее эффективна среди здоровых и хорошо адаптированных к условиям школьного обучения детей. Менее способные и неблагополуч-

ные в поведении ученики относятся к группе большего риска. Программы профилактического обучения должны уделять специальное внимание детям этой группы. Они нуждаются в специальных методах обучения. Наличие специальных знаний и даже изменение установок не может гарантировать желаемых изменений поведения. Поэтому программы должны сочетать разные обучающие стили, подходы и методики. Все учащиеся должны освоить необходимые знания, развить полезные социально-психологические навыки и отработать поведенческие модели и схемы. Хорошо подготовленные педагоги-наставники, пользующиеся доверием своих учеников, более эффективно проводят антинаркотические программы, чем приглашенные специалисты, родители или сверстники. Сенсационность сообщений и тактика запугиваний обычно расходятся с взглядами обучающихся на окружающее и вызывают сомнение в достоверности источника информации. Как и в традиционной риторике, осторожно и честно предъявленные сведения о разных сторонах, плюсах и минусах явления дают больший эффект, чем однобокая информация. Доказана эффективность активного участия детей в различных специально моделируемых ситуациях, когда они формулируют свои личностные позиции в отношении психоактивных веществ. Пассивное присутствие при сообщении информации неэффективно. Эффективен тренинг социальной компетентности, особенно с подростками 11 — 14 лет.

Создатели и исследователи — эксперты программ ФЖН выделяют восемь лежащих в их основе ключевых принципов. Всякий раз, когда программы проваливались или оказывались недостаточно эффективными, выяснялось, что один или несколько принципов не были учтены.

1. *Всесторонность программ.* Всесторонность означает в данном случае ориентацию на целостного человека на протяжении определенного времени. К основным аспектам всесторонности относятся:

усвоение знаний;

развитие навыков социальной компетентности (обучение навыкам эффективного общения, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, выбору друзей и построению позитивных отношений со сверстниками, укреплению связей с семьей и другими значимыми взрослыми, решению проблем, критическому мышлению, принятию решений, осознанию негативных влияний и давления со стороны сверстников и сопротивлению им, постановке целей, оказания помощи окружающим);

непрерывность обучения (только непрерывные усилия на протяжении многих уроков и даже лет дают хорошие результаты);

взаимоотношения со сверстниками (важная задача программ ФЖН — помощь в построении позитивных отношений со сверстниками, обучение умению выбирать друзей);

участие в общественной жизни (считается, что ученики, отчуждаемые от просоциальных структур общества, более склонны к девиантному и антисоциальному поведению).

2. *Участие родителей в работе по программе.* Залогом успеха программ ФЖН является участие в них родителей. Широко распространены домашние задания, предоставление родителям специальной литературы, проведение семинаров для родителей.

3. *Тренинг.* Программы требуют гораздо большего, чем простого предоставления информации. Вся работа строится в условиях диалогического общения с учащимися.

4. *Сотрудничество.* Ни одно отдельно взятое ведомство не в состоянии обеспечить всестороннюю многолетнюю работу с учащимися. Для этого необходимо объединение усилий педагогов учебных заведений, специалистов в области профилактики, представителей органов внутренних дел и здравоохранения.

5. *Культурная адекватность.* Программы должны отражать культурные и языковые различия внутри общества. Учителя обязательно должны приспособить стиль обучения и конкретные методики к культурным особенностям своих учеников.

6. *Оценка эффективности программ ФЖН.* Программы, работа их исполнителей и эффективность обучения по программам должны постоянно подвергаться экспертизе. По результатам экспертизы в программы могут вноситься уточнения и дополнения.

7. *Основа — ценности.* Любая программа имеет определенную ценностную ориентацию. Работающие по программе учителя и ученики вправе представлять себе ценностную основу программы. Утверждаемые программами ФЖН ценности включают следующие виды просоциального позитивного поведения: самодисциплина, ответственность, честность, уважительное отношение к людям, выполнение обязанностей в семье, школе, обществе.

8. *Связь программы с обществом.* Дети неизбежно подвергаются влиянию общества. Это влияние не всегда позитивное. Программы ФЖН строятся с таким расчетом, чтобы объединить семью, школу и общество в целом единым стремлением передать детям навыки эффективной коммуникации.

Англия. В Англии антинаркотическая работа с детьми и подростками ведется в рамках дисциплины «Обучение здоровому образу жизни». В стране в разное время были опробованы несколько моделей профилактической работы.

Медицинская модель. Полностью построена на информировании школьников. Исходная предпосылка программы — если человек знает об опасности для здоровья определенного вида действия, он будет воздерживаться от такого стиля поведения. Точно так же, если человеку известно, что нечто полезно для здоровья, то он будет осуществлять это «нечто» в своей жизни. Этот взгляд не подтверждается практикой. Информация о вреде наркотиков (алкого-

ля, табакокурения) не может предупредить употребление психоактивных веществ.

Образовательная модель. В соответствии с основным принципом этой программы, главное, чему должны научиться дети и подростки, — это уметь принимать решения. Школьников учат процессу принятия решения, который состоит из следующих стадий: оценка проблемы; взвешивание альтернатив; обдумывание решения; твердость в осуществлении принятого решения, несмотря на отрицательное мнение окружающих.

Модель самоусиления. Эта модель сочетает информирование школьников, обучение их навыкам принятия решений с психологической поддержкой. Многие дети не очень уверены в себе и нуждаются в развитии этого качества. Все зарубежные исследователи отмечают, что роль психологов в разработке и осуществлении антинаркотических программ жизненно важна.

Германия. По распространенной точке зрения, потребление наркотиков есть результат процесса социального обучения. Знакомство с употреблением наркотиков обычно начинается в результате дружеских контактов с другими потребителями наркотиков. Первое употребление «мягких» наркотиков происходит в кругу знакомых. При этом ведущими мотивами являются любопытство и приспособление к своей возрастной группе. Употребление наркотических веществ продолжается, если не вызывает отрицательных эмоций либо дает такие положительные эффекты, как признание приятелей, чувство принадлежности к группе и т.д. Вместе с тем, некоторые дети не склонны употреблять наркотики, даже если их провоцируют на это окружающие. Согласно исследованиям, их удерживает следующий ряд защитных факторов: чувство юмора; внутренний самоконтроль и целеустремленность; важность взаимоотношений по крайней мере с одним взрослым человеком помимо родителей; привязанность к законам и нормам общества, школы, общины, семейным стандартам, исключающим употребление наркотиков.

Польша. В Польше действует молодежное движение по борьбе с наркоманией «Монар» со штаб-квартирой в Варшаве. Основной принцип программы — «Отдай себя другим». «Монар» проводит работу против наркомании, алкоголизма, СПИДа. Активисты движения — школьники, студенты, работающая молодежь. Их работа финансируется министерствами здравоохранения и социального обеспечения. В польских школах в течение многих лет проводятся занятия по игровой программе «Спасибо, нет!». Ее цель — помочь подросткам безболезненно отказаться от искушений, сформировать у них стойкость к предложениям попробовать наркотики. В ходе участия в программах у детей вырабатываются независимость и ответственность. Программы, направленные на устрашение школьников пагубными последствиями употребления наркотиков, не дали эффекта.

Австралия. В Австралии широко распространены программы позитивной профилактики (ППП), построенные на концептуальной основе модели ФЖН. Принципы проведения ППП: 1) обучение начинается в дошкольном или младшем школьном возрасте — до того, как будут усвоены общепринятые традиции употребления табака и алкоголя; 2) обучение не может быть основано на информировании детей об опасностях, связанных с употреблением психоактивных веществ; 3) обучение должно соответствовать психологическим особенностям возраста обучаемых детей; 4) обучение базируется на определенных жизненных ценностях, которые обязательно доводятся до сведения учеников и их родителей — самодисциплина, ответственность, честность, уважение к людям; 5) методология обучения жизненным навыкам предполагает центрированный на ученике подход и включение в учебный процесс в качестве партнеров родителей.

Задачи ППП: 1) способствовать осознанию и усвоению детьми основных человеческих ценностей; 2) обучить детей методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения психоактивных веществ; 3) информировать детей о психоэмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях потребления психоактивных веществ; 4) формировать у детей психосоциальные и психогигиенические навыки принятия решений, эффективного общения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию, управления эмоциями, в том числе в состояниях стресса; 5) довести до сознания детей преимущества отказа от употребления психоактивных веществ; 6) сформировать установку на ведение здорового образа жизни; 7) повысить самооценку детей.

14.2. Основные тенденции проведения и подготовки профилактических антинаркотических программ

Наиболее оправданным считается не предотвращение нежелательного поведения, а овладение способами адекватного решения проблем. Директор программы по наркомании Всемирной организации здравоохранения Г. Ембланд сказал об этом так: «Наркоманию часто изображали так, будто ее можно ликвидировать путем объявления ей тотальной войны. Однако сейчас акцент смещается — война с наркотиками не актуальна. Главный лозунг сегодня — «здоровье для всех». Психологическое благополучие, умение справляться с трудностями современной жизни — вот главная цель, на которую работают сегодня лучшие программы первичной профилактики наркомании».

Предпосылки формирования программ позитивной профилактики наркомании возникли около 30 лет назад в США, когда анти-

наркотическое информирование детей было объявлено одним из национальных приоритетов. Однако уже в 1973 г. на программы антинаркотического информирования был наложен запрет — этот подход оказался совершенно неэффективным. Предостерегающие лекции специалистов зачастую только провоцировали интерес детей к наркотикам.

Программы ФЖН распространены сегодня более чем в 30 странах мира. Сначала, в середине 80-х гг. XX в., они были распространены в англоязычных странах — Англии, Австралии, Канаде, США. Затем, в течение нескольких лет варианты этих программ были адаптированы к условиям самых разных стран. Три главных фактора способствовали быстрому распространению программ ФЖН: 1) эпидемиологическая ситуация — злоупотребление психоактивными веществами стало угрожать здоровью населения ряда стран мира; 2) новая методология обучения — методологический подход в рамках программ ФЖН выгодно отличается от устаревшего процесса обучения детей. Учитель, работающий по хорошей программе ФЖН, превращается в гида, тренера, активного участника процесса взаимодействия, способствующего обучению; 3) обучение не эквивалентно передаче информации. Того или иного объема усвоенной информации недостаточно для того, чтобы влиять на поведение человека.

Программы ФЖН нацелены на выработку определенной жизненной философии и формированию конкретных навыков и умений конструктивного взаимодействия.

14.3. Психофармакотерапия и психотерапия зависимостей от психоактивных веществ

Учитывая большую социальную значимость девиантного поведения в виде злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние человека, имеется огромное количество подходов к решению данной проблемы. Их можно разделить на медико-биологический и психологический. Первый подход исходит из представления о том, что основой поведенческих девиации в виде алкогольной и наркотической зависимости является психофизиологическое функционирование (нарушения деятельности определенных отделов головного мозга) и, следовательно, приоритетным является психофармакотерапия или иные биологические и химические способы воздействия на деятельность мозга. Второй подход базируется на представлении о сущностной значимости личностных (не организменных) деформаций в возникновении, а значит, психологической коррекции и терапии алкогольной и наркотической зависимостей.

С точки зрения Н. Н. Иванца, разделяющего позицию о биологической детерминации алкогольной и наркотической зависимо-

стей, тактика их лечения должна строиться с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ. Психофармакотерапевтическому купированию должны подвергаться пациенты не только на этапе формирования терапевтической ремиссии, но и на этапах интоксикации, острой абстиненции и постабстинентных расстройств. В периоде, когда не отмечается признаков интоксикации и абстиненции, но возможно появление псевдоабстинентных состояний, способных спровоцировать рецидив девиантного поведения, предлагается использовать такие группы психотропных веществ, как антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты и транквилизаторы.

Считается, что основой психофармакотерапии должны быть *антидепрессанты*, применяемые в зависимости от доминирования той или иной депрессивной симптоматики: амитриптиллин, мелипрамин, леривон, людиомил, коаксил. Наряду с антидепрессантами хороший эффект отмечается при использовании: *нейролептиков* (эглонила и карбидина), *антиконвульсантов* (финлепсина и конвулекса), а также *транквилизаторов* (грандаксина и мебикара).

В рамках психологической парадигмы коррекции и терапии наркомании и алкоголизма выделяются несколько аспектов. Упор делается, во-первых, на индивидуальном или групповом (в том числе, семейном) ракурсах; во-вторых, на способах — консультативном, коррекционном (тренинговом) или психотерапевтическом (суггестивном).

Главной мишенью психологического воздействия при работе с больными алкоголизмом является психофизиологическая зависимость от алкоголя, влечение к употреблению спиртных напитков. По мнению большинства исследователей, психологическая коррекция влечения к алкоголю происходит комплексно и на различных уровнях психической деятельности: на когнитивном уровне — преодоление анозогнозии; на уровне самосознания — влияние на самооценку, самоуважение; на эмоциональном — комплексное лечение аффективных нарушений; на уровне поведения — изменение стиля и образа жизни и воздействие на среду пациента; на мотивационном — создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю.

Из индивидуальных методик психотерапии алкоголизма наибольшее распространение имеет метод суггестивного воздействия в форме *эмоционально-стрессовой психотерапии* (различные виды и формы «кодирования»), носящей либо непосредственный (директивный), либо опосредованный характер.

В связи с невысокой эффективностью терапии алкоголизма с помощью традиционных для наркологической практики методов и способов (условно-рефлекторной психотерапии, аверсивной терапии) лидирующую позицию начинает занимать система опосредованной психотерапии.

Под опосредованной психотерапией понимается «комплекс разнообразных манипуляций (от ритуальных до хирургических), несущих особую психологическую нагрузку, направленную на повышение внушаемости при выработке и закреплении в сознании больного определенной лечебной установки — терапевтической доминанты» (*А.Г.Гофман*, *А.Ю.Магалиф*).

В основе опосредованной психотерапии алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у пациента опасения неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков. К этой группе терапевтических мероприятий относятся такие, ставшие известными методы, как метод «кодирование» по А.Р.Довженко в различных модификациях, акупунктура, «Торпедо», «Пролонг-2» и др.

Наряду с некоторыми положительными сторонами перечисленных методик, например, быстротой процедуры («критерий одномоментности»), возможностью амбулаторного лечения и даже терапии на дому за годы их практикования обнаружились и существенные негативные проявления. В первую очередь, обращает на себя внимание негуманность подхода к терапии больных алкоголизмом, оправдываемая тем, что глубинный уровень психической зависимости от алкоголя делает недостаточно эффективным использование моральных контрмотивов к употреблению спиртного. Однако приведенное оправдание не вполне корректно, и трудности при использовании в терапии алкоголизма моральных качеств больного не могут обосновывать негуманность практикуемых терапевтом методов.

Подавляющее большинство методик опосредованной психотерапии алкоголизма по сути своей использует аверсивный принцип — вызывание отвращения к употреблению спиртных напитков. Если при классической аверсивной терапии у пациента формируют страх перед соматическими последствиями употребления алкоголя, то при опосредованной психотерапии — страх перед нарушением наложенного табу и возможными психическими осложнениями, что приводит к частому возникновению ятрогенных невротических расстройств и вторичных девиаций поведения.

К недостаткам вышеуказанных психотерапевтических методов можно отнести и широко используемое шоковое (нередко сопряженное с болевым) воздействие в момент кодирования, а также третирование больных в связи с болезнью. В том же ряду находится и поддержание, а зачастую и продуцирование мифологического мышления пациентов, убеждаемых, что «в их мозг вводится материализованный код, способный сдерживать пагубное пристрастие».

Обнаружение негативных проявлений опосредованной психотерапии алкоголизма стимулировало некоторых исследователей к созданию методики, которая могла бы избежать их при сохранении положительной стороны способа. С этой целью был создан

(*В.Д. Менделевич*, *Е.А. Сахаров*, *Д.А. Авдеев*) и апробирован метод, названный *цереброфотопрограммированием* (ЦФП). Способ можно отнести к одному из вариантов физиотерапевтического плацебо. Суть его заключается в создании установки на снятие психического и физического влечения к алкоголю (а не формирования страха перед употреблением спиртных напитков) с помощью определенной психотерапевтической стратегии и техники. В качестве средства — плацебо в рамках ЦФП используется процедура электроэнцефалографии с фотостимуляцией. Теоретическое осмысление методики ЦФП показывает, что достижению терапевтической эффективности (72 %), в первую очередь, способствует гуманистическая платформа лечения алкоголизма, не провоцирующая страха перед возможным срывом, но опирающаяся на добрую волю пациента.

Терапевтический успех достигается недирективностью взаимоотношений врача и больного, в которых каждая сторона принимает на себя определенную долю ответственности за результат — врач обязуется купировать зависимость от алкоголя, пациент — выработать убедительную для него и его пьющего окружения трактовку отказа от спиртного. Особо тщательно обсуждается проблема заполнения освободившегося от алкоголизации времени иной деятельностью. Принципиально важным в методике ЦФП можно считать принцип «*пустого смыслового* (*информационного*) *поля*» — врач объясняет процедуру ЦФП только в общих чертах, избегает прямых формулировок, стремясь уйти от формирования нового мифологического мышления пациента.

Традиционно в лечении алкоголизма психотерапевт выбирает для работы один из следующих стилей: директивное руководство, сопереживающее руководство и эмоционально-нейтральное партнерство. Как показывают исследования, эффективность терапии зависит от этнокультуральной специфики.

Одним из распространенных психологических подходов в терапии алкогольной зависимости считается групповая психотерапия, использующая феномен группового давления. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления алкогольной анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия.

По данным И. В. Бокия и С. В. Цыцарева, целесообразно проведение групповой психотерапии в два этапа: на первом — проводится работа с отношением к болезни, в центре внимания второго — межличностные и интрапсихические проблемы. Особое внимание уделяется повышению самооценки и самоуважения участников группы. Среди применяемых в групповой психотерапии методик можно выделить: свободную дискуссию, проективные рисунки, ролевые игры, психогимнастику. Оптимальная численность группы 8—14 чел. Состав группы не меняется на протяжении всего хода лечения (закрытые группы). В группы не рекомендуется

включать больных старше 50 лет и ведущих антисоциальный образ жизни. Продолжительность одного занятия составляет 1,5—2,0 ч. В условиях стационара группа может работать 4—5 раз в неделю, в амбулаторных — 2 раза в неделю.

Считается, что эффективность групповой психотерапии во многом определяется личностной и профессиональной позицией психотерапевта. Поведение и эмоциональные проявления ведущего группы оказываются моделью, на основе которой строятся взаимоотношения больных в группе. Оптимальной тактикой психотерапевта принято считать недирективное, поддерживающее поведение с элементами руководства. Врач не может предлагать больным готовых решений.

Семейная психотерапия алкогольной зависимости строится на базе убежденности в том, что формирование алкоголизма является семейной проблемой. Она направлена на формирование у членов семей алкоголиков правильного отношения к заболеванию и лечению больного, ослабление у них невротической симптоматики, изменение системы внутрисемейного взаимодействия. Важной задачей семейной психотерапии при алкоголизме является анализ и разрушение патологических и манипулятивных взаимоотношений больных с их ближайшими родственниками.

В соответствии с программой «12 шагов», предлагаемой «Анонимными Алкоголиками», следует исходить из следующих постулатов:

1. Признание бессилия перед алкоголем, факта потери контроля над своей жизнью. Человек должен капитулировать, без чего не может начаться процесс выздоровления.

2. Признание того, что выздороветь может помочь только сила, более могущественная, чем сам больной. Это позволяет алкоголику избавиться от ощущения себя центром мироздания и связанных с этим гнетущих обязанностей.

3. Решение перепоручить свою волю и свою жизнь Богу, как они его понимают. Квинтэссенция этого шага — в словах римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество — изменить то, что могу, и мудрость — отличить одно от другого».

4. Добросовестный и искренний анализ себя и своей жизни с нравственной точки зрения. Это позволяет определить меры, направленные на достижение желаемых изменений в своей жизни.

5. Искреннее, похожее на исповедь, признание перед самим собой и другими людьми своих заблуждений. Это избавляет человека от чувства одиночества. Позволяет надеяться на прощение со стороны других людей, что открывает возможность примирения с самим собой.

6. Этап подготовки к дальнейшим изменениям, к избавлению от собственных слабостей. Полное совершенство едва ли достижимо, но стремление к нему дает возможность самосовершенствоваться.

7. Этап, во время которого культивируется смирение. Это создает фундамент для полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее.

8. Составление списка людей, перед которыми есть чувство вины. Готовность искупить вину перед ними.

9. Шаг конкретных действий, который помогает упорядочить отношения с окружающими. По возможности — реальное возмещение ущерба, причиненного конкретным людям.

10. Углубление самоанализа, ежедневное подведение итогов своего поведение, осмысление своих слабых и сильных сторон.

11. Молитвы и размышления с целью углубить соприкосновение с Богом. Еще раз подчеркивается духовный аспект программы.

12. Активное оказание помощи другим участникам сообщества. Воспитывает чувство самоуважения, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

С точки зрения большинства специалистов, работающих в сфере профилактики, терапии и реабилитации зависимых от психоактивных веществ лиц, у программы «12 шагов» есть как преимущества, так и недостатки.

Преимущества АА:

среда непьющих людей вместо привычной алкогольной;

чувство сопричастности из-за принадлежности к значительной организации, ощущение собственной значимости;

поддержка членов общества, особенно необходимая при желании выпить;

хорошая возможность завести новых друзей — ведь всех АА объединяет нечто общее;

в АА никто никого не обвиняет. Общество объединяет больных людей, а не «мерзких пьяниц»;

помощь в обретении чувства ответственности. Это не ответственность за свою болезнь, а ответственность за ведение трезвого образа жизни;

лечение алкоголизма начинается с того, что человек должен признать, что у него есть проблема с алкоголем. АА помогают в этом. С самого начала здесь принято признаваться перед группой: «Здравствуйте! Меня зовут ... . Я — алкоголик».

Недостатки АА:

общество не учитывает значения физиологических изменений при алкоголизме. Здесь невозможно получить медицинский совет — ни упражнений, ни изменений в диете, ни приемов релаксации. Часто на собраниях АА предлагаются пирожные, пончики, печенье, сахар, кофе;

АА предполагает постоянное общение в группе. Это не всем людям дается легко. Многие нервничают на публике и пьют именно для того, чтобы чувствовать себя спокойнее среди других людей;

общество настаивает на том, чтобы каждый участник называл себя алкоголиком. Формула приветствия остается одной и той же: «Здравствуйте! Меня зовут ... . Я — алкоголик». Такое негативное напоминание помогает некоторым людям отстраниться от источника проблемы — алкоголя. Однако это вынуждает некоторых чувствовать себя слишком виноватыми или в глупом положении. Неплохо было бы слышать и нечто позитивное типа «Здравствуйте! Меня зовут ... . Я сегодня полон сил, чувствую себя свежим, и счастлив»;

многие испытывают неловкость из-за публичных признаний-рассказов о том, кто что натворил в пьяном виде, как ему (ей) хотелось выпить. Малое количество позитивных высказываний;

АА слишком сильно привязывают к себе, слишком поглощают. Это сравнимо со сменой предмета зависимости;

алкоголь все равно остается центральным вопросом жизни. До вступления в общество мысли участников были поглощены выпивкой, после вступления — воздержанием от нее. Привязанность к алкоголю остается. Только полярность изменилась со знака «плюс» на знак «минус». Продолжаются отношения по типу «любовь» — «ненависть»;

АА отнимают слишком много времени;

настойчивое употребление слова «алкоголик» похоже на несмываемый ярлык.

В терапии и коррекции *наркотической зависимости* часто используются сходные с лечением алкогольной зависимости методы и способы. Однако можно утверждать, что, если медикаментозные стратегии купирования физической зависимости от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) идентичны (способы суггестивной психотерапии и психофармакотерапия) за исключением заместительной терапии, то психологические стратегии снятия психологической зависимости нередко кардинально разнятся. Подобная особенность может говорить о существенной разнице психологических механизмов формирования алкогольного и наркотического зависимого поведения. Одной из таких особенностей можно назвать тенденцию возникновения наркозависимости по механизмам аддиктивного поведения, а алкогольного — по механизмам патохарактерологического; вторая особенность — признание наркозависимости семейным аддиктивным паттерном.

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь надолго его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видит-

ся ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразия. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы.

Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Как было указано выше, исследования семей, в которых у одного из членов выявлялась наркотическая зависимость, показывают, что аддиктивные формы поведения присущи не только пациенту (наркоману), но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у родственника наркомана проявляется в виде: трудоголизма (38,7 % случаев), сверхценных увлечений, в частности, «паранойи здоровья» (22,6 % случаев), алкогольной зависимости (16,1 % случаев), гемблинга (12,9 % случаев), религиозного фанатизма (9,7 % случаев).

Учитывая научные факты, можно утверждать, что основными методами коррекции и терапии наркозависимости являются *экзистенциальная и семейная психотерапия*. Кроме них активно используются такие методики, как: нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, гештальтпсихотерапия и др.

В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами:

а) осмысленности и бессмысленности существования;

б) жизни и смерти;

в) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми;

г) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволие.

Условием терапии становится:

а) принятие пациента таким, какой он есть (т.е. эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков);

б) искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им);

в) позитивный взгляд на возможность избавления от наркотической зависимости в каждом конкретном случае.

Процесс психологического консультирования включает в себя совместные размышления психотерапевта (психолога) и наркозависимого об экзистенциальных кризисах, обусловленных нераз-

решенностью одного из перечисленных базисных конфликтов. При психологической коррекции наркозависимости в игровых условиях происходит моделирование фрустрирующих житейских ситуаций, в которых испытуемый должен сориентироваться и адекватно отреагировать. Важным становится выработка навыков коммуникативной компетентности и толерантности. Экзистенциальная психотерапия в своей деятельности исходит из положения о том, что терапия может быть причиной личностного изменения лишь постольку, поскольку она приводит пациента к принятию нового способа поведения (*А. Велис*).

При анализе экзистенциальной *проблемы смерти* упор делается на постулате о том, что «существование не может быть отложено». Изучается концепция жизни и смерти, существующая у наркозависимого, исходя из уравнения: «удовлетворенность жизнью обратно пропорциональна страху смерти» (*И. Ялом*). Изучается иерархия ценностей пациента, делается попытка показать относительность любой ценности.

Наиболее важным в процессе экзистенциальной психотерапии наркотической зависимости является разработка *проблемы осмысленности и бессмысленности существования*, которая направлена на разрешение одного из наиболее значимых и сущностных кризисов наркомана — кризиса бессмысленности. Можно утверждать, что наиболее частым мотивом включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения является ощущение бессмысленности существования. Кризис бессмысленности способен формировать аддиктивный тип девиантного поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности (т.е. от отсутствия осмысленности собственной жизни) путем искусственного изменения своего психического состояния.

Проблема поиска смысла жизни включает рассуждения о существовании космического и личного смысла жизни. Под первым подразумевается некий замысел, существующий вне и выше личности и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение Вселенной. Некоторые психотерапевтические методики (например, программа «12 шагов») делают упор именно на этом аспекте терапии. Экзистенциальная психотерапия не носит духовного характера, несмотря на то, что нравственному совершенствованию человека она придает важное значение. Принципом же данного вида терапии является утверждение о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна творить смыслы, т. е. являться смыслопорождающим субъектом. Основой же осмысленности жизни является, наряду с интеллектуальным, нравственным, телесным и материальным совершенствованием, понятие вовлеченности в жизнь. Под вовлеченностью понимается включенность человека в

любую практическую деятельность, реальную активность в преобразовании мира, близкого окружения и самого себя.

Существующий *гедонистический парадокс*: чем больше мы намеренно ищем удовольствия, тем больше оно от нас ускользает, может решаться двояко. Во-первых, так, как предлагает В. Франкл: «Удовольствие является побочным продуктом смысла и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствий, а поиску смысла». Во-вторых, по предложению И. Ялома: «Смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Основой психотерапевтической работы с наркозависимыми должен стать принцип вовлеченности.

Не менее важны в терапии наркотической зависимости групповые психотерапевтические стратегии, направленные на *формирование ответственности*. Они включают принятие пяти следующих убеждений-осознаний (*И. Ялом*):

1. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.

2. Осознание того, что в конечном счете не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.

3. Осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку.

4. Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.

5. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Проблема ответственности сопряжена с проблемой *локуса контроля*. Известно, что у наркоманов преобладает экстернальный (внешний) локус контроля. Такие больные склонны верить в существование внешнего контроля их поведения, убеждены, что во многих обстоятельствах их жизни и в том, как они на них реагировали, всецело повинны другие люди, везение или случай. Чем выше уровень субъективного контроля, тем более ответственен индивид за себя и за события, происходящие с ним. Особо ярко внешний локус контроля наркомана обнаруживается в процессе обращения за помощью в избавлении от зависимости. Он склонен искать способы терапии, ответственность за результативность которых лежит на враче, и часто не согласен принять на себя часть ответственности за излечение.

В психологической коррекции и психотерапии наркозависимого поведения, наряду с другими методами, используется *нейролингвистическое программирование* и *эриксоновский гипноз*. Эриксоновский гипноз в терапии наркомании использует косвенные вну-

шения в трансовом состоянии человека, избегая произношения прямых эмоционально значимых слов («наркотик», «героин» и т.д.). Следует отметить, что эффективность суггестивных и краткосрочных методов психотерапии в лечении наркотической зависимости в отличие от лечения алкоголизма низка.

Контрольные вопросы

1. Чем характеризуется вторичная профилактика наркомании?
2. Что понимается под программой жизненных навыков?
3. Что включается в антиципационный тренинг при проведении антинаркотической профилактической работы?
4. Какие группы психотропных препаратов применяются при лечении наркомании и алкоголизма?
5. В чем суть экзистенциальной психотерапии наркомании?
6. Каковы особенности лечения никотинизма?
7. Каковы наиболее распространенные методы первичной профилактики наркозависимости?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Авербух Е. С.*, *Авербух И. Е.* Краткое руководство по психиатрии. — Л.: Медицина, 1973. — 200 с.

2. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.

3. *Иванец Н. Н.*, *Валентик Ю. В.* Алкоголизм. — М.: Наука, 1988. — 261 с.

4. *Каплан Г.*, *Сардок Б.* Клиническая психиатрия / Пер. с англ. под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР, 1998. — 505 с.

5. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.

6. *Кекелидзе З. И.*, *Чехонин В. П.* Критические состояния в психиатрии. — М.: Изд-во ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997. — 362 с.

7. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина, 1997. — 496 с.

8. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 1998, 1999, 2001, 2002. — 592 с.

9. *Менделевич В. Д.* Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.

10. *Менделевич В. Д.*, *Соловьева С. Л.* Неврозология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.

11. *Морозов Г. В.*, *Шумский Н. Г.* Введение в клиническую психиатрию. — Н. Новгород: Медицинская книга, 1998. — 426 с.

12. *Мосолов С. Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб.: Питер, 1995. — 568 с.

13. *Попов Ю. В.*, *Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро, 1997.

14. Психиатрия: Учеб. пособие / Под ред. В. П. Самохвалова. — Ростов н/Д.: Феникс, 2002. — 576 с.

15. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. — 544 с.

16. *Пятницкая И. Н.* Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.

17. *Риттер С.* Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике: Пер. с англ.— Киев: Сфера, 1997. — 399 с.

18. *Спринц А. М.*, *Ерышев О. Ф.*, *Грачева И. Г.* Психиатрия. — СПб.: СпецЛит, 2002. — 382 с.

19. *Таунсед Мэри С.* Сестринские диагнозы в психиатрической практике: Пер. с англ. — Амстердам — Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1996. — 427 с.

20. *Тори Фуллер Э.* Шизофрения: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 1996. — 448 с.

21. *Ясперс К.* Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1053 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

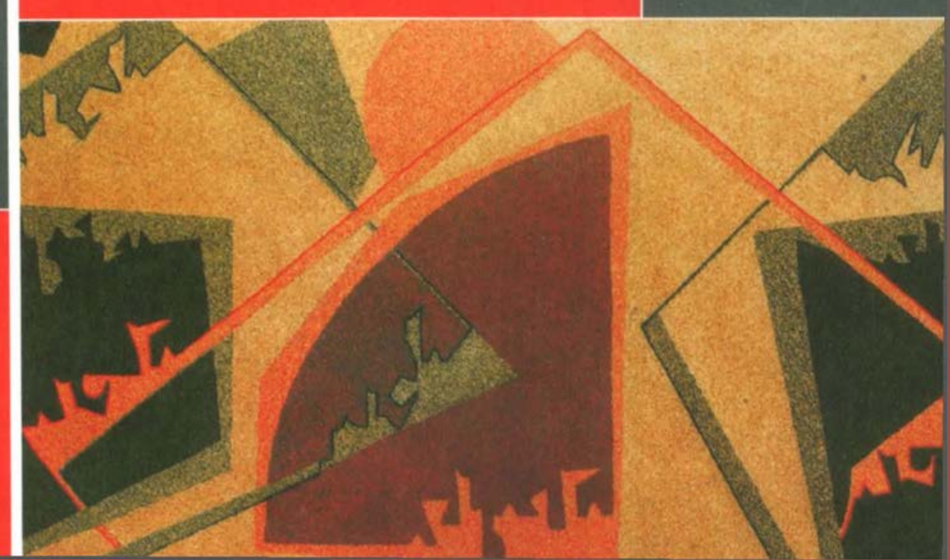
СРЕДНЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ С КУРСОМ НАРКОЛОГИИ

3-е издание

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ





УЧЕБНИК

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ С КУРСОМ НАРКОЛОГИИ



Издательский центр
«Академия»
www.academia-moscow.ru